# ESTUDIO PILOTO DE VALIDACIÓN DEL MÉTODO TNIE

## Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)

**Evaluación Inicial de Regulación Emocional, Interocepción y Bienestar**
**Estudio Piloto Pre–Post con Enfoque Cualitativo**

**Autor:**
Sebastián Portunato

**Institución:**
NexusLux

**Año:**
**2025**

**Ciudad:**
Navarra, España

# Sumario

1. ABSTRACT....1
2. INTRODUCCIÓN....1
2.2. Limitaciones del reduccionismo....3
2.3. Emergencia de modelos integrativos cuerpo–mente–experiencia....3
2.4. TNIE como intervención psico-somato-emocional con marco filosófico propio....5
3. MARCO CONCEPTUAL....6
3.1. Alma y espíritu como categorías fenomenológicas (no medibles)....6
3.2. La emoción como dinámica somato-afectiva (activación autonómica, neurociencia afectiva)....7
3.3. Disociación y espiritualidad evasiva (bypass espiritual) como constructos psicológicos; TNIE como reanclaje al cuerpo y a la realidad....8
4. FUNDAMENTACIÓN INTERDISCIPLINARIA....9
4.1. Neurociencia del trauma y regulación emocional (Porges, van der Kolk, Barrett)....9
4.2. Psicología integrativa y transpersonal....10
4.3. Física cuántica y teoría de campos como metáfora conceptual (no evidencia científica)....11
4.4. Epigenética y biología del estrés: lenguaje prudente y evidencia preliminar....12
5. MODELO TEÓRICO TNIE....13
1. El Ciclo TNIE de la Emoción....13
2. El Ciclo TNIE del Trauma....13
3. El Proceso TNIE (manualizado)....14
5.1. El Ciclo del Trauma TNIE....14
5.1.1. Experiencia dolorosa o desbordante....14
5.1.2. Acumulación o bloqueo emocional....14
5.1.3. Disociación o desconexión somato-emocional....14
5.1.4. Repetición del patrón....14
5.1.5. Expresión sintomática o malestar persistente....14
Sentido del modelo dentro de TNIE....15
5.2. El Ciclo Natural de la Emoción....15
5.2.1. Sensación corporal inicial....16
5.2.2. Identificación emocional....16
5.2.3. Expresión consciente y segura....16
5.2.4. Liberación afectiva....16
5.2.5. Integración experiencial....16
5.2.6 Relación con TNIE....16
5.3. El Proceso TNIE (manualizado): conexión, observación, activación, expresión, integración y anclaje....17
1) Comprender sin juicio....17
2) Aceptar....17
3) Soltar....17
5.3.1 Fases....17
FASE 1 — Conexión (Anclaje inicial y seguridad)....17
Descripción TNIE....17
Correspondencia científica....17
Función clínica....18
FASE 2 — Observación (Interocepción focalizada)....18
Descripción TNIE....18
Correspondencia científica....18
Función clínica....18
FASE 3 — Activación (Acceso seguro a la carga emocional)....18
Descripción TNIE....18

Correspondencia científica....18
Función clínica....18
FASE 4 — Expresión (Liberación emocional regulada)....18
Descripción TNIE....18
Correspondencia científica....19
Función clínica....19
FASE 5 — Integración (Comprensión y reorganización experiencial)....19
Descripción TNIE....19
Correspondencia científica....19
Función clínica....19
FASE 6 — Anclaje (Cierre somático y retorno a estabilidad)....19
Descripción TNIE....19
Correspondencia científica....19
Función clínica....20
5.4. El Modelo TNIE Original de la Emoción y el Trauma....20
5.4.1. Ciclo TNIE de la Emoción....20
5.4.2. Ciclo TNIE del Trauma....20
5.5. El Ciclo TNIE de la Emoción y del Trauma (modelo fenomenológico con traducción científica)....21
5.5.1. El Ciclo TNIE de la Emoción (versión fenomenológica)....22
5.5.2. Traducción científica del Ciclo TNIE de la Emoción....22
5.5.3. El Ciclo TNIE del Trauma (versión fenomenológica)....23
5.5.4. Traducción científica del Ciclo TNIE del Trauma....23
Explicación de las referencias citadas....23
5.5.5. Justificación para incluir la teoría TNIE en el estudio....24
6. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO PILOTO....25
6.1. Diseño del estudio....25
6.2. Participantes....26
6.2.1. Criterios de inclusión....26
1. Edad entre 18 y 65 años....26
2. Capacidad para participar en un proceso emocional guiado....26
3. Presencia de malestar emocional leve o moderado....26
4. Presencia de un marco interpretativo espiritual o metafísico....26
5. Ausencia de psicopatología grave o desregulación severa....27
6. Disponibilidad para asistir al menos a una sesión y participar en la evaluación pre–post cualitativa....27
7. Ausencia de consumo problemático de sustancias....27
6.2.2. Criterios de exclusión....27
6.2.3. Tamaño muestral y justificación....28
6.2.4. Relación con la Matriz de Codificación....29
6.3. Protocolo de Intervención TNIE (manualizado – TIDieR)....29
6.3.1. Naturaleza de la intervención....30
6.3.2. Componentes nucleares (según TIDieR)....30
1. Materiales....30
2. Procedimientos....30
3. Proveedor de la intervención....30
4. Entorno....31
5. Duración....31
6. Personalización....31
7. Fidelidad....32
6.3.3. Seguridad y manejo de riesgos....32
6.3.4. Coherencia con la Matriz de Codificación Cualitativa....32

6.3.5. Justificación del número de sesiones....33
6.4. Fuentes de datos cualitativos....33
6.4.1. Transcripciones de sesiones....34
6.4.2. Notas de proceso del facilitador....34
6.4.3. Entrevistas breves de cierre....35
6.4.4. Fragmentos experienciales como unidad de análisis....35
6.4.5. Diarios experienciales opcionales....35
6.4.6. Coherencia con la Matriz de Codificación Cualitativa....35
6.5. Procedimiento general del estudio (T0, T1, T2, T3)....36
6.5.1. Fase T0 — Evaluación inicial (línea base)....36
1. Consentimiento informado y encuadre ético....36
2. Cribado de seguridad....36
3. Primera recolección de datos cualitativos....36
6.5.2. Fase T1 — Intervención TNIE (4 semanas)....37
1. Material emergente durante las sesiones....37
2. Registros fenomenológicos breves (opcionales)....37
3. Checklist de fidelidad del facilitador....37
6.5.3. Fase T2 — Evaluación post-intervención (semana 4)....38
1. Entrevista semiestructurada post-intervención....38
2. Registro de seguridad emocional....38
3. Retroalimentación sobre aceptabilidad....38
6.5.4. Fase T3 — Seguimiento (4–8 semanas)....38
1. Mini-entrevista fenomenológica de seguimiento....38
2. Observaciones sobre integración prolongada....38
6.5.5. Diagrama del flujo del estudio (resumen)....39
6.6. Plan de análisis cualitativo (ATR + Matriz de Codificación Cualitativa)....39
6.6.1. Corpus cualitativo....39
6.6.2. Enfoque epistemológico....39
6.6.3. Fases del análisis temático reflexivo....40
1. Familiarización con los datos....40
2. Codificación inicial libre (open coding)....40
3. Organización a partir de la Matriz de Codificación Cualitativa....40
4. Búsqueda de temas....40
5. Revisión de temas....40
6. Definición final y nombramiento de temas....40
7. Redacción y triangulación....41
6.6.4. Rol de la Matriz de Codificación....41
6.6.5. Rigor cualitativo....41
7. RESULTADOS....42
7.1. Resultados cualitativos....42
Tema 1. De la desconexión corporal a la presencia encarnada....42
Tema 2. Emergencia y claridad de emociones contenidas....42
Tema 3. Expresión regulada y alivio afectivo....43
Tema 4. Reconstrucción narrativa del yo....44
Tema 5. Reorganización de patrones relacionales internos....44
Tema 6. Aparición de una experiencia de coherencia interna....45
Subtemas....45
Síntesis de resultados cualitativos....45
8. DISCUSIÓN....46
8.1. Interpretación general de los hallazgos....46
8.2. Mecanismos de cambio tentativos (derivados del análisis cualitativo)....46
8.3. Comparación con intervenciones mente–cuerpo existentes....47

8.4. Viabilidad y aceptabilidad....48
8.6. Implicaciones para investigación futura....49
8.6.1. Ampliar y diversificar la muestra....49
8.6.2. Estudios comparativos con otras intervenciones mente–cuerpo (QUAN + QUAL)....49
8.6.3. Diseños longitudinales (QUAN + QUAL)....50
8.6.4. Investigación de mecanismos de cambio (Mixed Methods)....50
8.6.5. Explorar el papel del reencuadre fenomenológico de creencias espirituales/metafísicas ....51
8.6.6. Integrar mediciones fisiológicas adicionales (cuantitativo)....51
8.6.7. Refino y formalización del manual TNIE....51
8.6.8. Preparar un ensayo controlado aleatorizado (fase II)....52
8.7. Implicaciones prácticas....52
8.8. Conclusión general....53
9. CONCLUSIONES....53
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO....55
10.1. Tamaño muestral reducido....55
10.2. Diseño piloto sin comparadores activos....55
10.3. Duración breve del protocolo....55
10.4. Seguimiento limitado....55
10.5. Variabilidad narrativa entre participantes....55
10.6. Sesgo de expectativa y efecto de encuadre....56
10.7. Muestra no clínica....56
10.8. Influencia del reencuadre fenomenológico de creencias espirituales....56
10.9. Dependencia del material verbal....56
11. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE BIENESTAR....56
11.1. Implicaciones en bienestar emocional....57
a) Favorecer la regulación emocional cotidiana....57
b) Incrementar la conexión corporal e interoceptiva....57
c) Favorecer la experiencia de coherencia y estabilidad interna....57
11.2. Implicaciones para contextos complementarios de salud....58
a) Programas de manejo del estrés y salud ocupacional....58
b) Prácticas psicoeducativas en regulación emocional....58
c) Espacios preventivos en salud mental leve....58
11.3. Implicaciones para la clínica (solo como hipótesis preliminares)....58
11.4. Precauciones y límites en la aplicación práctica....59
11.5. Conclusión general sobre implicaciones....59
12. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA....60
12.1. Estudios ampliados y replicación....60
a) Estudios cualitativos ampliados (Fase II)....60
b) Replicación externa por otros equipos....60
c) Estudios multicéntricos....60
12.2. Profundización en mecanismos de cambio....60
a) Interocepción como núcleo del proceso....60
b) Secuencias somato–emocionales....61
c) Integración narrativa del yo....61
12.3. Investigación fenomenológica avanzada....61
a) Estudios longitudinales de experiencia vivida....61
b) Triangulación narrativa profunda....61
c) Refinamiento de la Matriz de Codificación....61
12.4. Variantes y ajustes del protocolo TNIE....62
a) Protocolos extendidos (6–8 sesiones)....62
b) Formatos grupales....62

c) Combinación con intervenciones basadas en evidencia....62
12.5. Aplicación en poblaciones específicas....62
12.6. Reencuadre fenomenológico de creencias espirituales....63
12.7. Desarrollo de un modelo teórico más preciso (TNIE 2.0)....63
12.8. Relevancia para el campo mente–cuerpo....63
12.9. Conclusión general sobre investigación futura....63
13. RECOMENDACIONES PARA ENSAYOS FASE II....64
13.1. Ampliación y diversificación de la muestra....64
13.2. Condiciones de control y comparadores....65
13.3. Ajustes al protocolo TNIE....65
a) Extensión del protocolo....65
b) Manual TNIE v2.0....65
c) Formación del facilitador....65
13.4. Profundización del análisis cualitativo....66
a) Diseño longitudinal....66
b) Codificación múltiple....66
c) Triangulación ampliada....66
d) Análisis temático longitudinal....66
13.5. Reencuadre fenomenológico de creencias espirituales....67
13.6. Seguridad y criterios de exclusión....67
13.7. Ética y transparencia epistemológica....67
Es fundamental:....67
13.8. Variables conceptuales para investigación futura....67
13.9. Síntesis final de recomendaciones....68
14. TABLAS Y FIGURAS....68
TABLAS....69
Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N = 21)....69
Tabla 2. Temas y Subtemas del Análisis Temático Reflexivo (ATR)....69
Tabla 3. Recursos utilizados en el análisis cualitativo....70
FIGURAS....70
Figura 1. Mecanismo experiencial preliminar de TNIE (modelo derivado del ATR)....70
Figura 2. Mapa temático TNIE (ATR + Matriz de Codificación)....71
Figura 3. Estructura general del corpus cualitativo....71
Figura 4. Ciclo experiencial típico descrito por los participantes....72
Figura 5. Posición de TNIE dentro del espectro de intervenciones mente–cuerpo....72
ANEXO 1 MATRIZ DE CODIFICACIÓN CUALITATIVA....73
Descripción general del proceso de codificación....73
1. Tipo de análisis....74
2. Corpus analizado....74
3. Unidad de análisis....74
fragmento de experiencia....74
4. Etapas realizadas en el proceso de codificación....75
1. Lectura abierta y subrayado inductivo....75
2. Codificación abierta (open coding)....75
3. Codificación axial (axial coding)....75
4. ConLa consultante idación en Temas y Subtemas....75
5. Matriz expandida de códigos....75
1. FAMILIA SOMATO–INTEROCEPTIVA....76
1.1. Sensaciones corporales de alta activación....76
1.2. Descarga y alivio somático....77
1.3. Inhibición y desconexión corporal....78
2. FAMILIA EMOCIONAL–AFECTIVA....78

2.1. Emociones primarias....78
2.2. Emociones secundarias / defensivas....78
3. FAMILIA NARRATIVA DEL YO....78
3.1. Narrativa de yo dañado....79
3.2. Narrativa de sobrevivencia....79
3.3. Transición narrativa durante el proceso....79
3.4. Narrativa integrada (final de proceso)....79
4. FAMILIA RELACIONAL Y APEGO....79
4.1. Madre....79
4.2. Padre / figura masculina....79
4.3. Patrones vinculares repetidos....80
4.4. Transformaciones relacionales....80
5. FAMILIA TRAUMA, MEMORIA IMPLÍCITA Y DEFENSAS....80
5.1. Trauma implícito....80
5.2. Mecanismos de defensa....80
5.3. Ciclo del trauma en acción....80
5.4. Transformación del trauma....80
6. FAMILIA PROCESO TNIE (DINÁMICA DEL MÉTODO)....80
6.1. Fase 0: Diagnóstico y encuadre....81
6.2. Fase A: Regulación y contención....81
6.3. Fase B: Acceso y desbloqueo....81
6.4. Fase C: Integración....81
6.5. Fase D: Anclaje y manifestación....81
7. FAMILIA SIMBÓLICA–FENOMENOLÓGICA....81
7.1. Imágenes internas....81
7.2. Figuras protectoras....81
7.3. Escenarios simbólicos....82
6. Codificación axial (agrupación de códigos)....82
ANEXO 2 TEMAS Y SUBTEMAS DEL ESTUDIO (ATR - ANÁLISIS TEMÁTICO REFLEXIVO)....83
1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EXTRACCIÓN TEMÁTICA (BRAUN & CLARKE) 83
1.1. Familiarización con los datos....83
1.2. Codificación inicial....83
1.3. Búsqueda de patrones y agrupaciones....83
1.4. Construcción de temas candidatos....84
1.5. Revisión de temas....84
1.6. Definición final y nombramiento de temas....84
2. TEMAS CENTRALES DEL ESTUDIO....84
TEMA 1 — La activación somato–emocional como puerta de acceso al mundo interno....84
1.1. El cuerpo que grita lo que la mente calla....84
1.2. La descarga como reorganización emocional primaria....85
1.3. La inhibición corporal como defensa aprendida....85
TEMA 2 — Tristeza primaria, miedo y vergüenza: el núcleo emocional de los casos....85
2.1. La tristeza profunda como emoción central y estructural....85
2.2. Miedo al colapso emocional y al abandono....85
2.3. Vergüenza afectiva: la emoción prohibida....85
TEMA 3 — El yo fragmentado: narrativas de daño, supervivencia y autoexigencia....86
3.1. Identidades heridas (“algo está mal en mí”)....86
3.2. El yo sobreviviente: hipercontrol, complacer, sostener a todos....86
3.3. La transición hacia un yo observador....86
TEMA 4 — Patrones vinculares que moldean el sufrimiento emocional....86
4.1. Heridas maternas y paternas como base emocional....86

4.2. Repetición de patrones vinculares en pareja....86
4.3. Reparación emocional a través del proceso TNIE....87
TEMA 5 — El proceso TNIE como vía de acceso, regulación e integración emocional....87
5.1. Descenso interoceptivo como activador del sentir....87
5.2. Emergencia emocional y desbloqueo somático....87
5.3. Reintegración narrativa y seguridad emocional....87
TEMA 6 — De la sombra a la luz: la dimensión simbólica del cambio emocional....87
6.1. Imágenes internas como expresiones simbólicas del estado emocional....87
6.2. Figuras protectoras como recurso interno....88
6.3. Escenarios simbólicos como reorganización del yo....88
TABLA FINAL DE TEMAS Y SUBTEMAS....89
Conclusión....89
3. RESULTADOS CUALITATIVOS....90
1. Visión general de los resultados....90
2. Resultados organizados por temas y subtemas....90
TEMA 1 — La activación somato–interoceptiva como puerta de acceso al mundo interno ....90
2.1. El cuerpo que grita lo que la mente calla....90
2.2. Descarga somática y reorganización emocional....91
2.3. Inhibición y desconexión corporal como defensa....91
TEMA 2 — Emociones primarias: tristeza, miedo y vergüenza....91
2.4. Tristeza profunda como emoción central....92
2.5. Miedo a sentir como inhibidor principal....92
2.6. Vergüenza afectiva: emoción prohibida....92
TEMA 3 — Fragmentación del Yo: daño, supervivencia, autoexigencia....92
2.7. Yo dañado: “algo está mal en mí”....93
2.8. Yo sobreviviente: hipercontrol y autosilenciamiento....93
2.9. Emergencia del Yo observador....93
TEMA 4 — Patrones vinculares: heridas, repetición y reparación....93
2.10. Heridas maternas y paternas como base emocional....93
2.11. Repetición de patrones en vínculos actuales....94
2.12. Reparación relacional gracias al proceso TNIE....94
TEMA 5 — El proceso TNIE como mecanismo de cambio emocional profundo....94
2.13. Descenso interoceptivo: el punto de no retorno....94
2.14. Emergencia emocional y desbloqueo somático....95
2.15. Integración narrativa y seguridad emocional....95
TEMA 6 — Dimensión simbólica como reorganización fenomenológica....95
2.16. Imágenes internas como expresión del estado emocional....95
2.17. Figuras protectoras como recurso interno....95
2.18. Escenarios simbólicos: la nueva casa interna....96
3. Síntesis narrativa de los resultados....96
4. DISCUSIÓN CIENTÍFICA....96
1. Introducción a la discusión....96
2. El cuerpo como vía primaria: interocepción y teoría polivagal....97
2.1. Activación corporal como señal emocional primaria....97
2.2. Descargas somáticas y regulación del sistema nervioso autónomo....97
3. Emoción primaria, neurociencia afectiva y memoria implícita....98
3.1. La tristeza como emoción estructural....98
3.2. Miedo a sentir: inhibición afectiva....98
3.3. Vergüenza como emoción paralizante....98
4. Trauma relacional, disociación y complejidad emocional....99
4.1. Microtrauma acumulativo....99

4.2. Respuestas del cuerpo ante trauma....99
4.3. ReconLa consultante idación emocional....99
5. Transformación narrativa: de Yo dañado a Yo integrado....100
Antes de TNIE....100
Durante TNIE....100
Después de TNIE....100
6. Dimensión simbólica: fenomenología....101
Imaginería emocional (el símbolo como expresión condensada de afecto)....101
Lenguaje metafórico del cuerpo (el cuerpo “habla” en imágenes)....102
Proceso simbólico de integración (el símbolo reorganiza lo vivido)....102
Manifestación fenomenológica de reorganización interna (estado integrado)....103
Resumen....104
7. Correspondencia del TNIE con modelos de regulación emocional....104
7.1. Regulación bottom-up....104
7.2. Regulación mid-level....104
7.3. Regulación top-down....104
8. Síntesis integradora de la discusión....105
ANEXO 3: FICHAS CLÍNICAS ANONIMIZADAS....106
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P01....106
1. Motivo de consulta....106
2. Historia emocional codificada (síntesis interpretada)....106
2.1. Patrón de autoexigencia elevada....107
2.2. Dificultad para expresar necesidades....107
2.3. Emociones primarias identificadas....107
2.4. Procesos internos no resueltos....107
2.5. Estilo vincular implícito....107
3. Mapa somático (patrones corporales detectados)....108
3.1. Garganta – bloqueo de expresión....108
3.2. Pecho – opresión emocional....108
3.3. Abdomen – tensión sostenida....108
3.4. Cabeza – saturación cognitiva....108
4. Proceso TNIE — Sesión por sesión (síntesis estructurada)....108
Sesión 0 – Contacto y exploración inicial....109
5. Indicadores de cambio (medibles y observables)....109
5.1. Regulación emocional intra-sesión....109
5.2. Cambios corporales observables....109
5.3. Cambios narrativos....110
5.4. Cambios de agencia....110
6. Notas clínicas (no patologizantes)....110
7. Evolución esperable (proyección clínica TNIE)....110
8. Riesgos y consideraciones....111
Riesgos leves detectados....111
Precauciones....111
Indicaciones....111
9. Conclusión del caso (P01)....111
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P02....112
1. Motivo de consulta....112
2. Historia emocional codificada....112
2.1. Rol de cuidadora emocional....112
2.2. Desdibujamiento del yo emocional....113
2.3. Emociones primarias detectadas....113
2.4. Herida vincular implícita....113

2.5. Estilo emocional interno....113
3. Mapa somático....113
3.1. Pecho — carga emocional acumulada....113
3.2. Garganta — dificultad expresiva....114
3.3. Abdomen — tensión de contención....114
3.4. Bloqueo respiratorio....114
3.5. Fatiga corporal generalizada....114
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis técnico)....114
4.1. Construcción del campo terapéutico....114
4.2. Exploración somática dirigida....114
4.3. Emergencia emocional inicial....115
4.4. Regulación inicial....115
4.5. Insight narrativo....115
4.6. Cierre....115
5. Indicadores de cambio....115
5.1. Regulación emocional intra-sesión....116
5.2. Cambios somáticos....116
5.3. Cambios emocionales....116
5.4. Cambios narrativos....116
6. Notas clínicas (sin patologizar)....116
7. Evolución esperable (proyección clínica TNIE)....116
8. Riesgos y consideraciones clínicas....117
Riesgos leves....117
Precauciones....117
Indicaciones....117
9. Conclusión del caso (P02)....117
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P03....119
1. Motivo de consulta....119
2. Historia emocional codificada....119
2.1. Tendencia a sobrecargar el sistema emocional....119
2.2. Dificultad para identificar su emoción primaria....120
2.3. Miedo a “perder el control”....120
2.4. Emociones primarias detectadas....120
2.5. Dinámica relacional implícita....120
3. Mapa somático....120
3.1. Pecho — peso emocional....121
3.2. Garganta — restricción....121
3.3. Abdomen — rigidez de contención....121
3.4. Cuello y hombros — carga....121
3.5. Sensación global de fatiga....121
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis técnico)....121
4.1. Construcción del encuadre....121
4.2. Activación interoceptiva....122
4.3. Regulación somática suave....122
4.4. Insight inicial....122
4.5. Cierre....122
5. Indicadores de cambio (intra-sesión)....122
5.1. Regulación emocional....122
5.2. Descarga somática....123
5.3. Cambios narrativos....123
5.4. Claridad emocional....123
6. Notas clínicas (sin patologizar)....123

7. Evolución esperable (proyección TNIE).....123
8. Riesgos y consideraciones.....124
Riesgos.....124
Precauciones.....124
Indicaciones.....124
9. Conclusión del caso (P03).....124
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P04.....125
1. Motivo de consulta.....125
2. Historia emocional codificada.....125
2.1. Emoción primaria dominante: confusión + ansiedad leve.....125
2.2. Tendencia a la contención emocional.....126
2.3. Rol adaptativo aprendido.....126
2.4. Disonancia interna.....126
2.5. Emociones secundarias.....126
3. Mapa somático.....126
3.1. Pecho.....126
3.2. Garganta.....127
3.3. Abdomen.....127
3.4. Cabeza.....127
3.5. Energía general.....127
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto.....127
4.1. Construcción del campo.....127
4.2. Exploración corporal inicial.....127
4.3. Emergencia emocional inicial.....128
4.4. Regulación dirigida.....128
4.5. Insight narrativo.....128
4.6. Cierre.....128
5. Indicadores de cambio (intra-sesión).....129
5.1. Cambios somáticos.....129
5.2. Cambios emocionales.....129
5.3. Cambios narrativos.....129
5.4. Regulación emocional.....129
6. Notas clínicas (no patologizantes).....129
7. Evolución esperable (proyección TNIE).....129
8. Riesgos y consideraciones.....130
Riesgos leves.....130
Precauciones.....130
Indicaciones.....130
9. Conclusión del caso (P04).....130
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P05.....132
1. Motivo de consulta.....132
2. Historia emocional codificada.....132
2.1. Herida de apego emocional temprano.....132
2.2. Patrón vincular de sobreadaptación.....133
2.3. Emociones primarias detectadas.....133
2.4. Trauma relacional leve/moderado.....133
2.5. Dinámica emocional actual.....133
3. Mapa somático (profundo y detallado).....133
3.1. Pecho — epicentro emocional.....133
3.2. Garganta — bloqueo expresivo.....134
3.3. Abdomen — contención.....134
3.4. Hombros y espalda — carga.....134

3.5. Cabeza — sobrepensamiento....134
4. Proceso TNIE — Sesión por sesión....134
Sesión 0 — Contacto....134
Sesión 1 — Procesamiento TNIE profundo....135
4.1. Activación interoceptiva....135
4.2. Emergencia emocional primaria....135
4.3. Regulación + apertura emocional....135
4.4. Insight clave....136
4.5. Movimiento de integración....136
4.6. Cierre....136
5. Indicadores de cambio (medibles)....136
5.1. Intra-sesión....136
5.2. Descarga somática....136
5.3. Cambios narrativos....137
5.4. Regulación emocional....137
6. Notas clínicas (no patologizantes)....137
7. Evolución esperable (proyección TNIE)....137
8. Riesgos y consideraciones....138
Riesgos leves....138
Precauciones....138
Indicaciones....138
9. Conclusión del caso (P05)....138
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P06....140
1. Motivo de consulta....140
2. Historia emocional codificada....140
2.1. Sensación de desconexión interna....140
2.2. Tristeza profunda sin acceso claro....141
2.3. Patrón de autosuficiencia defensiva....141
2.4. Emociones primarias detectadas....141
2.5. Dinámica relacional implícita....141
3. Mapa somático....141
3.1. Pecho — núcleo del bloqueo emocional....142
3.2. Estómago / abdomen — ansiedad contenida....142
3.3. Garganta — dificultad para expresar....142
3.4. Cabeza — ruido mental....142
3.5. Sensación global de cansancio....142
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis clínico)....142
4.1. Creación del espacio seguro....142
4.2. Exploración interoceptiva....143
4.3. Regulación inicial....143
4.4. Emergencia emocional....143
4.5. Insight emergente....143
4.6. Cierre....143
5. Indicadores de cambio (intra-sesión)....144
5.1. Cambios somáticos....144
5.2. Cambios emocionales....144
5.3. Cambios narrativos....144
5.4. Regulación emocional....144
6. Notas clínicas (sin patologizar)....144
7. Evolución esperable (proyección TNIE)....144
8. Riesgos y consideraciones....145
Riesgos emocionales leves....145

Precauciones....145
Indicaciones....145
9. Conclusión del caso (P06)....145
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P07....147
1. Motivo de consulta....147
2. Historia emocional codificada....147
2.1. Desconexión emocional progresiva....147
2.2. Trauma relacional leve/moderado....148
2.3. Emociones primarias detectadas....148
2.4. Patrón de autoexigencia y autoconcepto rígido....148
2.5. Ciclo emocional repetitivo....149
3. Mapa somático (muy detallado)....149
3.1. Pecho — núcleo del bloqueo emocional....149
3.2. Garganta — contención expresiva....149
3.3. Abdomen — ansiedad contenida....150
3.4. Cabeza — ruido mental + saturación....150
3.5. Espalda alta y hombros — carga....150
4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN....150
SESIÓN DE DIAGNÓSTICO....150
SESIÓN 1 — Acceso emocional inicial....151
4.1. Activación corporal....151
4.2. Emergencia emocional....151
4.3. Regulación....151
4.4. Insight....151
SESIÓN 2 — Acceso profundo + confusión existencial....151
4.1. Descentralización cognitiva....151
4.2. Aparición de tristeza profunda....151
4.3. Confusión emocional....151
4.4. Insight....152
SESIÓN 3 — Descarga parcial + claridad emergente....152
4.1. Suspiros profundos espontáneos....152
4.2. Tensión abdominal se reduce....152
4.3. Narrativa más clara....152
4.4. Integración....152
SESIÓN 4 — Expresión auténtica + reconfiguración narrativa....152
4.1. Apertura emocional sostenida....152
4.2. Rabia interna aparece....152
4.3. Insight potente....152
4.4. Integración del yo emocional....153
SESIÓN 5 — Reorganización profunda + agencia....153
4.1. Cuerpo más libre....153
4.2. Reflexión final....153
4.3. Surgen decisiones internas....153
5. Indicadores de cambio (objetivables)....153
5.1. Somato–emocionales....153
5.2. Emocionales....153
5.3. Cognitivos....153
5.4. Relacionales....154
5.5. Agencia interna....154
6. Notas clínicas (no patologizantes)....154
7. Evolución esperable....154
8. Riesgos y consideraciones....154

Riesgos leves....154
Precauciones TNIE....155
9. Conclusión del caso (P07)....155
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P08....156
1. Motivo de consulta....156
2. Historia emocional codificada....156
2.1. Alta sensibilidad emocional....156
2.2. Tristeza oculta detrás de confusión....157
2.3. Dificultad para sostenerse internamente....157
2.4. Rol emocional adaptativo....157
2.5. Conflicto afectivo no resuelto....157
3. Mapa somático....157
3.1. Pecho — presión leve pero persistente....158
3.2. Garganta — bloqueo suave....158
3.3. Abdomen — ansiedad contenida....158
3.4. Cabeza — saturación cognitiva....158
3.5. Sensación general....158
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto....158
4.1. Construcción del campo terapéutico....158
4.2. Primer descenso al cuerpo....159
4.3. Regulación inicial....159
4.4. Emergencia emocional suave....159
4.5. Insight inicial....159
4.6. Cierre de la sesión....160
5. Indicadores de cambio (intra-sesión)....160
5.1. Cambios somáticos....160
5.2. Cambios emocionales....160
5.3. Cambios narrativos....160
5.4. Regulación....160
6. Notas clínicas (no patologizantes)....160
7. Evolución esperable con TNIE....161
8. Riesgos y consideraciones....161
Riesgos leves....161
Precauciones....161
Indicaciones....161
9. Conclusión del caso (P08)....162
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P09....163
1. Motivo de consulta....163
2. Historia emocional codificada....163
2.1. Dolor emocional profundo (no resuelto)....163
2.2. Trauma relacional moderado....164
2.3. Identidad emocional fragmentada....164
2.4. Hipersensibilidad emocional....164
2.5. Emociones primarias detectadas....164
3. Mapa Somato–Emocional (muy completo)....165
3.1. Pecho — epicentro del sufrimiento emocional....165
3.2. Garganta — bloqueo profundo....165
3.3. Abdomen — ansiedad alta....165
3.4. Cuello y hombros — carga....166
3.5. Cabeza — ruido mental....166
4. Proceso TNIE — Sesión por sesión....166
Sesión de Contacto....166

Hallazgos clave:....166
Sesión 1 — Activación profunda + emergencia del yo herido....166
4.1. Descenso interoceptivo....166
4.2. Emergencia del dolor emocional....167
4.3. Revelación de la parte interna herida....167
4.4. Liberación somática parcial....167
4.5. Insight....167
Sesión 5 — Reconfiguración del yo emocional....167
4.1. Integración del yo roto....167
4.2. Movimiento emocional hacia dentro....168
4.3. Procesamiento afectivo profundo....168
4.4. Regulación somática....168
4.5. Cierre de sesión....168
5. Indicadores de cambio (objetivables)....168
5.1. Somáticos....168
5.2. Emocionales....168
5.3. Cognitivos....169
5.4. Relacionales....169
6. Notas clínicas (no patologizantes)....169
7. Evolución esperable....169
8. Riesgos y consideraciones....170
Riesgos leves....170
Precauciones....170
9. Conclusión del caso (P09)....170
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P10....171
1. Motivo de consulta....171
2. Historia emocional codificada....171
2.1. Emoción primaria: miedo + tristeza suave....171
2.2. Contención emocional prolongada....172
2.3. Dificultad para nombrar emociones....172
2.4. Historia relacional implícita....172
2.5. Sensibilidad emocional....172
3. Mapa somático — Detallado....172
3.1. Pecho....173
3.2. Garganta....173
3.3. Abdomen....173
3.4. Hombros....173
3.5. Sensación general....173
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto....173
4.1. Construcción del campo terapéutico....173
4.2. Activación interoceptiva....174
4.3. Emergencia emocional inicial....174
4.4. Regulación somática....174
4.5. Insight narrativo....174
4.6. Cierre de sesión....175
5. Indicadores de cambio (medibles)....175
5.1. Somáticos....175
5.2. Emocionales....175
5.3. Narrativos....175
5.4. Regulación emocional....175
6. Notas clínicas (no patologizantes)....175
7. Evolución esperable con TNIE....176

8. Riesgos y consideraciones....176
Riesgos leves....176
Precauciones....176
Indicaciones....176
9. Conclusión del caso (P10)....177
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P11....178
1. Motivo de consulta....178
2. Historia emocional codificada....178
2.1. Trauma relacional leve/moderado....178
2.2. Activación emocional intensa en vínculos afectivos....179
2.3. Emociones primarias detectadas....179
2.4. Desconexión cuerpo–emoción....179
2.5. Sensibilidad emocional....180
3. Mapa Somático (detallado y estable a lo largo de sesiones)....180
3.1. Pecho — opresión emocional crónica....180
3.2. Garganta — bloqueo expresivo....180
3.3. Abdomen — ansiedad intensa....180
3.4. Cabeza — sobrecarga cognitiva....181
3.5. Energía general....181
4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN....181
Diagnóstico — Exploración profunda del núcleo emocional....181
Sesión 1 — Activación profunda + reconocimiento de patrones....181
4.1. Aparición del miedo....182
4.2. Descarga somática....182
4.3. Insight emergente....182
Sesión 2 — Aparición del yo emocional vulnerado....182
4.1. Acceso al dolor....182
4.2. Emergencia del apego ansioso....182
4.3. Regulación sostenida....182
4.4. Insight mayor....182
Sesión 3 — Integración inicial + mayor claridad emocional....183
4.1. Entrada limpia al cuerpo....183
4.2. Liberación emocional....183
4.3. Narrativa más organizada....183
Sesión 4 — Reorganización del yo + seguridad interna....183
4.1. Mayor regulación del sistema nervioso....183
4.2. Reconfiguración del yo....183
4.3. Insight fundamental....183
5. Indicadores de cambio (objetivables)....184
5.1. Somáticos....184
5.2. Emocionales....184
5.3. Cognitivos....184
5.4. Relacionales....184
6. Notas clínicas (no patologizantes)....184
7. Evolución esperable....185
8. Riesgos y consideraciones....185
Riesgos leves....185
Precauciones....185
Indicaciones....185
9. Conclusión del caso (P11)....186
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P12....187
1. Motivo de consulta....187

2. Historia emocional codificada....187
2.1. Trauma relacional leve/moderado....187
2.2. Dolor emocional encapsulado....188
2.3. Emoción primaria: tristeza + miedo relacional....188
2.4. Autoconcepto emocional herido....188
2.5. Sobrecarga emocional....188
3. Mapa somático — patrón claro y persistente....189
3.1. Pecho — opresión crónica....189
3.2. Garganta — bloqueo expresivo....189
3.3. Abdomen — ansiedad reactiva....189
3.4. Cabeza — sobrepensamiento defensivo....189
3.5. Energía general....189
4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN....189
SESIÓN DE CONTACTO....190
SESIÓN DE DIAGNÓSTICO....190
SESIÓN 1 — Activación profunda....190
4.1. Descenso interoceptivo....190
4.2. Primer desbloqueo....191
4.3. Insight....191
SESIÓN 2 — Emergencia del apego herido....191
4.1. Activación emocional intensa....191
4.2. Rabia contenida aparece....191
4.3. Movimiento emocional....191
4.4. Insight clave....191
SESIÓN 3 — Desbloqueo emocional sostenido....191
4.1. Conexión limpia con el cuerpo....191
4.2. Llantos suaves....191
4.3. Descompresión torácica....191
4.4. Narrativa más clara....191
SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional....192
4.1. Autocomprensión renovada....192
4.2. Integración narrativa....192
4.3. Regulación somática....192
4.4. Insight mayor....192
SESIÓN 5 — Estabilización emocional + agencia....192
4.1. Respiración profunda estable....192
4.2. Identidad emocional fortalecida....192
4.3. Mayor seguridad....192
4.4. Insight final....192
5. Indicadores de cambio (objetivables)....192
5.1. Somáticos....192
5.2. Emocionales....193
5.3. Cognitivos....193
5.4. Relacionales....193
6. Notas clínicas (no patologizantes)....193
7. Evolución esperable....193
8. Riesgos y consideraciones....194
Riesgos leves....194
Precauciones....194
Indicaciones....194
9. Conclusión del caso (P12)....194
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P13....196

1. Motivo de consulta....196
2. Historia emocional codificada....196
2.1. Sobrecarga emocional silenciosa....196
2.2. Trauma relacional leve dosificado en el tiempo....197
2.3. Emoción primaria: tristeza....197
2.4. Miedo relacional....197
2.5. Autopercepción rígida....197
3. Mapa somático (muy claro y consistente)....198
3.1. Pecho — centro del bloqueo emocional....198
3.2. Garganta — inhibición expresiva....198
3.3. Abdomen — ansiedad leve....198
3.4. Cabeza — sobrecarga mental....198
3.5. Energía general....198
4. Proceso TNIE — Sesión por sesión....199
SESIÓN DE CONTACTO — Primer acceso al cuerpo emocional....199
SESIÓN 1 — Activación emocional....199
4.1. Descenso al cuerpo....199
4.2. Tristeza emergente....199
4.3. Regulación....199
4.4. Insight....199
SESIÓN 2 — Desbloqueo torácico....199
4.1. Apertura emocional....199
4.2. Respiración profunda....200
4.3. Mayor conciencia emocional....200
4.4. Insight....200
SESIÓN 3 — Integración emocional inicial....200
4.1. Conexión limpia con el cuerpo....200
4.2. Movimiento emocional fluido....200
4.3. Tristeza + alivio....200
4.4. Insight....200
SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional....200
4.1. Autocomprensión clara....200
4.2. Reconfiguración emocional....200
4.3. Regulación estable....200
4.4. Insight final....200
5. Indicadores de cambio (medibles)....201
5.1. Somáticos....201
5.2. Emocionales....201
5.3. Cognitivos....201
5.4. Relacionales....201
6. Notas clínicas (no patologizantes)....201
7. Evolución esperable con continuidad....202
8. Riesgos y consideraciones clínicas....202
Riesgos leves....202
Precauciones....202
Indicaciones....202
9. Conclusión del caso (P13)....202
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P14....204
1. Motivo de consulta....204
2. Historia emocional codificada....204
2.1. Trauma relacional moderado (antiguo y persistente)....205
2.2. Estructura defensiva: hipermentalización....205

2.3. Emoción primaria reprimida: tristeza profunda....205
2.4. Emociones secundarias....205
2.5. Fractura emocional interna....206
3. Mapa Somático (muy profundo y repetitivo)....206
3.1. Pecho (Centro abLa consultante uto del caso)....206
3.2. Garganta — bloqueo expresivo....206
3.3. Abdomen — ansiedad estructural....207
3.4. Cabeza — sobreactividad....207
3.5. Hombros y espalda....207
4. Proceso TNIE — EVOLUCIÓN SESIÓN POR SESIÓN....207
SESIÓN DE DIAGNÓSTICO — Identificación del núcleo emocional....207
SESIÓN 1 — Primer acceso a la emoción primaria....208
4.1. Descenso corporal....208
4.2. Emergencia emocional....208
4.3. Regulación inicial....208
SESIÓN 2 — Confrontación con la emoción real....208
4.1. Activación intensa....208
4.2. Rabia contenida....208
4.3. Movimiento emocional....208
SESIÓN 3 — Alivio parcial + claridad emocional....209
4.1. Mayor acceso a tristeza....209
4.2. Menor tensión abdominal....209
SESIÓN 4 — Desbloqueo emocional significativo....209
4.1. Apertura torácica clara....209
4.2. Conexión con su yo profundo....209
SESIÓN 5 — Reorganización narrativa....209
4.1. Pensamientos menos acelerados....209
4.2. Tristeza manejable....209
SESIÓN 6 — Cambio estructural....210
4.1. Regulación estable....210
4.2. Menos confusión....210
4.3. Aparición de calma interior....210
SESIÓN 7 — ConLa consultante idación del yo emocional....210
4.1. Apertura profunda....210
4.2. Identidad emocional fuerte....210
SESIÓN 8 — Integración y cierre parcial....210
4.1. Regulación sólida....210
4.2. Casi no hay bloqueo....210
4.3. Narrativa integrada....210
5. Indicadores de cambio (objetivables)....211
5.1. Somáticos....211
5.2. Emocionales....211
5.3. Cognitivos....211
5.4. Relacionales....211
6. Notas clínicas (no patologizantes)....211
7. Evolución esperable....212
8. Riesgos y consideraciones....212
Riesgos leves....212
Precauciones....212
9. Conclusión del caso (P14)....212
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P15....214
1. Motivo de consulta....214

2. Historia emocional codificada....214
2.1. Estructura emocional sensible....214
2.2. Dolor emocional despertado recientemente....215
2.3. Emoción primaria: tristeza + inseguridad relacional....215
2.4. Emoción secundaria: vergüenza emocional....215
2.5. Defensa emocional: racionalización suave....215
3. Mapa Somático (muy definido)....215
3.1. Pecho — carga emocional....215
3.2. Garganta — bloqueo expresivo....216
3.3. Abdomen — ansiedad leve....216
3.4. Cabeza — sobreanálisis....216
3.5. Energía general....216
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto....216
4.1. Construcción del campo....216
4.2. Descenso corporal....217
4.3. Emergencia emocional....217
4.4. Regulación y apertura....217
4.5. Insight narrativo....217
4.6. Cierre de sesión....217
5. Indicadores de cambio (intra-sesión)....218
5.1. Somáticos....218
5.2. Emocionales....218
5.3. Cognitivos....218
5.4. Regulación emocional....218
6. Notas clínicas (no patologizantes)....218
7. Evolución esperable con continuidad....219
8. Riesgos y consideraciones....219
Riesgos leves....219
Precauciones....219
9. Conclusión del caso (P15)....219
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P16....221
1. Motivo de consulta....221
2. Historia emocional codificada....221
2.1. Trauma relacional moderado-severo (acumulativo)....221
2.2. Herida primaria: dolor emocional intenso....222
2.3. Emoción secundaria: miedo al colapso....222
2.4. Conflicto identitario....222
2.5. Estructura defensiva....223
3. Mapa somático — Uno de los más intensos del Estudio....223
3.1. Pecho — colapso emocional....223
3.2. Garganta — bloqueo máximo....223
3.3. Abdomen — ansiedad intensa....223
3.4. Cabeza — saturación + ruido mental....224
3.5. Energía general....224
4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión....224
SESIÓN DE CONTACTO — Identificación del colapso interno....224
SESIÓN 1 — Emergencia del dolor emocional....224
4.1. Descenso corporal....224
4.2. Llorar sin llorar....225
4.3. Primer movimiento TNIE....225
SESIÓN 2 — Desbloqueo emocional controlado....225
4.1. Tristeza profunda emerge....225

4.2. Miedo a sentir....225
SESIÓN 3 — Reorganización somato-emocional....225
4.1. Menos opresión en el pecho....225
4.2. Menor colapso....226
4.3. Claridad emocional....226
SESIÓN 4 — Integración inicial + apertura emocional....226
4.1. La tristeza ya no asusta....226
4.2. Apertura en garganta....226
4.3. Regulación sostenida....226
4.4. Insight mayor....226
5. Indicadores de cambio (objetivables)....226
5.1. Somáticos....226
5.2. Emocionales....226
5.3. Cognitivos....227
5.4. Relacionales....227
6. Notas clínicas (no patologizantes)....227
7. Evolución esperable....227
8. Riesgos y consideraciones....228
Riesgos leves....228
Precauciones....228
9. Conclusión del caso (P16)....228
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P17....229
1. Motivo de consulta....229
2. Historia emocional codificada....229
2.1. Sensibilidad emocional alta....229
2.2. Contención emocional (represión suave)....230
2.3. Emoción primaria: tristeza suave + miedo....230
2.4. Emoción secundaria: confusión emocional....230
2.5. Historia relacional implícita....230
3. Mapa somático....231
3.1. Pecho — nudo emocional....231
3.2. Garganta — bloqueo expresivo....231
3.3. Abdomen — ansiedad leve....231
3.4. Cabeza — alerta cognitiva....231
3.5. Energía general....231
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto....232
4.1. Construcción del espacio emocional....232
4.2. Primera exploración corporal....232
4.3. Emergencia emocional....232
4.4. Regulación guiada....232
4.5. Insight narrativo....233
4.6. Cierre....233
5. Indicadores de cambio (intra-sesión)....233
5.1. Somáticos....233
5.2. Emocionales....233
5.3. Cognitivos....234
5.4. Regulación....234
6. Notas clínicas (sin patologizar)....234
7. Evolución esperable con TNIE....234
8. Riesgos y consideraciones....234
Riesgos leves....234
Precauciones....235

9. Conclusión del caso (P17).....235
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P18.....236
1. Motivo de consulta.....236
2. Historia emocional codificada.....236
2.1. Sobrecarga emocional antigua.....236
2.2. Tristeza subyacente crónica.....237
2.3. Miedo a desbordarse.....237
2.4. Desconexión emocional por cansancio.....237
2.5. Defensa psicológica: sobreesfuerzo + autosilenciamiento.....237
3. Mapa somático — consistente y significativo.....237
3.1. Pecho — indicador primario del caso.....238
3.2. Garganta — bloqueo expresivo.....238
3.3. Abdomen — ansiedad emocional.....238
3.4. Cabeza — ruido mental.....238
3.5. Energía general.....238
4. Proceso TNIE — Sesión de contacto.....238
4.1. Construcción del campo emocional.....238
4.2. Exploración del cuerpo.....239
4.3. Emergencia emocional.....239
4.4. Regulación somato-emocional.....239
4.5. Insight emocional.....239
4.6. Cierre.....240
5. Indicadores de cambio (intra-sesión).....240
5.1. Somáticos.....240
5.2. Emocionales.....240
5.3. Cognitivos.....240
5.4. Regulación.....240
6. Notas clínicas (no patologizantes).....241
7. Evolución esperable con TNIE.....241
8. Riesgos y consideraciones.....241
Riesgos leves.....241
Precauciones.....241
9. Conclusión del caso (P18).....242
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P19.....243
1. Motivo de consulta.....243
2. Historia emocional codificada.....243
2.1. Trauma relacional leve/moderado.....243
2.2. Emoción primaria: tristeza profunda.....244
2.3. Emociones secundarias.....244
2.4. Estructura del yo fragmentada.....244
2.5. Defensa primaria: hipercontrol.....244
3. Mapa somático — Consistente y profundo.....245
3.1. Pecho.....245
3.2. Garganta.....245
3.3. Abdomen.....245
3.4. Cabeza.....245
3.5. Energía general.....245
4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión.....246
SESIÓN 1 — Emergencia de la tristeza primaria.....246
4.1. Descenso corporal.....246
4.2. Tristeza emergente.....246
4.3. Insight.....246

SESIÓN 2 — Intensificación afectiva....246
4.1. Tristeza profunda aparece con mayor claridad....246
4.2. Ansiedad disminuye ligeramente....246
4.3. Insight....246
SESIÓN 3 — Reorganización del yo emocional....246
4.1. Menor bloqueo....246
4.2. Mejor conexión emocional....247
4.3. Movimiento interno....247
SESIÓN 4 — Apertura emocional significativa....247
4.1. Regulación emocional estable....247
4.2. Integración narrativa....247
4.3. Disminución de confusión....247
SESIÓN 5 — Profunda integración somato-emocional....247
4.1. Apertura torácica sólida....247
4.2. Narrativa coherente....247
4.3. Regulación estable....247
5. Indicadores de cambio (objetivables)....248
5.1. Somáticos....248
5.2. Emocionales....248
5.3. Cognitivos....248
5.4. Relacionales....248
6. Notas clínicas (no patologizantes)....248
7. Evolución esperable....249
8. Riesgos y consideraciones....249
Riesgos leves....249
Precauciones....249
9. Conclusión del caso (P19)....249
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P20....251
1. Motivo de consulta....251
2. Historia emocional codificada....251
2.1. Trauma relacional leve, repetitivo y silencioso....251
2.2. Emoción primaria: tristeza profunda....252
2.3. Emociones secundarias....252
2.4. Patrón identitario....252
2.5. Defensa emocional....253
3. Mapa Somático — Uno de los más delicados y representativos....253
3.1. Pecho — tristeza encapsulada....253
3.2. Garganta — inhibición expresiva....253
3.3. Abdomen — ansiedad suave....253
3.4. Cabeza — pensamientos circulares....253
3.5. Energía general....253
4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión....254
INFORME DIAGNÓSTICO — Identificación del núcleo emocional....254
SESIÓN 1 — Primer acceso real a la tristeza....254
4.1. Descenso corporal....254
4.2. Tristeza emergente....254
4.3. Movimientos somato-emocionales....254
SESIÓN 2 — Apertura emocional significativa....255
4.1. Tristeza profunda se vuelve clara....255
4.2. Regulación estable....255
4.3. Aspecto fenomenológico importante....255
SESIÓN 3 — Integración emocional inicial....255

4.1. Menor resistencia....255
4.2. Movimiento interno claro....255
4.3. Desbloqueo narrativo....255
SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional....255
4.1. Claridad emocional....255
4.2. Regulación potente....255
4.3. Cuerpo más libre....255
SESIÓN 5 — Profunda apertura y conLa consultante idación....256
4.1. Transformación emocional clara....256
4.2. Reintegración del yo....256
4.3. Regulación muy estable....256
5. Indicadores de cambio (objetivables)....256
5.1. Somáticos....256
5.2. Emocionales....256
5.3. Cognitivos....256
5.4. Relacionales....257
6. Notas clínicas (no patologizantes)....257
7. Evolución esperable....257
8. Riesgos y consideraciones....257
Riesgos leves....257
Precauciones....257
9. Conclusión del caso (P20)....258
FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P21....259
1. Motivo de consulta....259
2. Historia emocional codificada....259
2.1. Trauma relacional leve/moderado....259
2.2. Emoción primaria: tristeza estructural....260
2.3. Emoción secundaria predominante: ansiedad....260
2.4. Conflicto interno....260
2.5. Defensa emocional: hipercontrol + inhibición....260
3. Mapa somático — claro, repetitivo y muy informativo....261
3.1. Pecho....261
3.2. Garganta....261
3.3. Abdomen....261
3.4. Cabeza....261
3.5. Energía general....261
4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión....262
SESIÓN DE CONTACTO — Identificación del miedo emocional....262
SESIÓN DE DIAGNÓSTICO — Acceso al núcleo emocional....262
SESIÓN 1 — Primera apertura somática....263
4.1. Descenso corporal....263
4.2. Movimiento emocional inicial....263
SESIÓN 2 — Mayor claridad emocional....263
4.1. Tristeza emerge con más fuerza....263
4.2. Menor confusión....263
SESIÓN 3 — Regulación + diferenciación emocional....263
4.1. Pecho más libre....263
4.2. Menor ansiedad....263
4.3. Claridad narrativa....263
SESIÓN 4 — Reorganización del yo interno....264
4.1. Apertura torácica significativa....264
4.2. Regulación estable....264

4.3. Integración narrativa....264
SESIÓN 5 — Integración profunda....264
4.1. Tristeza integrada....264
4.2. Regulación emocional sólida....264
4.3. Identidad emocional fortalecida....264
5. Indicadores de cambio (objetivables)....264
5.1. Somáticos....264
5.2. Emocionales....265
5.3. Cognitivos....265
5.4. Relacionales....265
6. Notas clínicas (no patologizantes)....265
7. Evolución esperable....265
8. Riesgos y consideraciones....266
Riesgos leves....266
Precauciones....266
9. Conclusión del caso (P21)....266

# 1. ABSTRACT

La Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) es una intervención psico–somato–emocional orientada a facilitar procesos de regulación afectiva, reconexión corporal e integración experiencial profunda. Aunque su marco filosófico incluye nociones como “alma” y “espíritu”, en el presente estudio estas se tratan exclusivamente como **categorías fenomenológicas de significado**, útiles para describir la vivencia subjetiva, pero no como entidades susceptibles de medición empírica.

Este estudio piloto, desarrollado íntegramente bajo un **diseño cualitativo fenomenológico**, tuvo como objetivo explorar la experiencia interna de los participantes durante procesos TNIE reales y evaluar la **viabilidad**, **aceptabilidad** y **coherencia interna** del método en un entorno online. El corpus analizado incluyó **más de 150 documentos clínicos y experienciales**, compuestos por sesiones completas, notas terapéuticas, descripciones corporales y emocionales, y materiales simbólicos producidos en el proceso.

El análisis se llevó a cabo mediante **Análisis Temático Reflexivo (ATR)**, apoyado en una Matriz de Codificación Cualitativa estructurada en siete familias fenomenológicas: somática, emocional, narrativa del yo, relacional, trauma/memoria implícita, proceso TNIE y simbolismo. El proceso analítico identificó **tres ejes centrales** en la vivencia de los participantes:

1. **Aumento de claridad emocional y tolerancia afectiva**, expresado como capacidad creciente para sostener y comprender la emoción sin evitación.
2. **Reconexión somato–interoceptiva**, caracterizada por mayor presencia corporal, percepción de anclaje y capacidad para autorregularse durante la experiencia.
3. **Sensación de coherencia interna**, vinculada a la integración de contenidos emocionales y a la reorganización narrativa del propio proceso.

Los hallazgos sugieren que TNIE es una intervención **viable, segura y experiencialmente significativa**, capaz de facilitar movimientos internos de integración emocional en formato online. Dado el carácter cualitativo del piloto, se recomienda avanzar hacia futuros estudios mixtos o comparativos que permitan investigar la eficacia, los mecanismos de cambio específicos y su posible articulación con intervenciones somáticas y psicoterapéuticas basadas en evidencia.

# 2. INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, el campo de la salud mental ha observado un incremento sostenido en síntomas asociados al estrés crónico, la desregulación emocional y el malestar psicológico subclínico. Diversas encuestas epidemiológicas internacionales han documentado mayores niveles de ansiedad, dificultades de manejo emocional y sensación generalizada de sobrecarga, especialmente en poblaciones adultas expuestas a demandas laborales elevadas, incertidumbre socioeconómica y ritmos de vida acelerados. Este escenario ha puesto de relieve la necesidad de

enfoques terapéuticos que aborden no solo los aspectos cognitivos tradicionales, sino también los procesos somato–emocionales, la conciencia corporal y las dinámicas de integración cuerpo–mente.

Paralelamente, avances en **neurociencia afectiva, teoría polivagal, psicología somática e investigación sobre interocepción** han consolidado la idea de que la experiencia emocional emerge de la interacción entre mecanismos corporales, autonómicos, relacionales y cognitivos. Intervenciones contemporáneas como **mindfulness**, terapias basadas en la compasión, enfoques somáticos y métodos integrativos mente–cuerpo han mostrado efectos cualitativos relevantes en regulación emocional y autoconciencia corporal. Estos desarrollos han impulsado modelos que reconocen la importancia de la **experiencia vivida** y de los procesos encarnados en la comprensión del bienestar emocional.

En este contexto, ha crecido el interés por propuestas terapéuticas que integran dimensiones psicológicas, fisiológicas y experienciales desde perspectivas no reduccionistas. Aunque persiste un debate académico sobre los límites de los modelos integrativos, existe consenso en que la complejidad de la salud emocional contemporánea requiere intervenciones que promuevan una relación más consciente con el cuerpo, las emociones y la experiencia interna, especialmente en personas cuya vivencia subjetiva no se ajusta únicamente a modelos puramente cognitivos.

La **Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)** se inscribe dentro de esta tendencia, ofreciendo un abordaje psico–somato–emocional que combina sensibilización interoceptiva, exploración emocional guiada e integración experiencial. Aunque se fundamenta en un marco filosófico propio, la evaluación empírica realizada en este estudio se centra **exclusivamente en la experiencia vivida por los participantes**, tal como emerge en las sesiones y se analiza mediante metodologías cualitativas fenomenológicas.

TNIE se desarrolla con frecuencia en poblaciones que utilizan, en su vida cotidiana, prácticas meditativas, holísticas o espirituales y que se expresan mediante un lenguaje simbólico. En ese contexto sociocultural, el método emplea —de forma pedagógica y fenomenológica— conceptos como “ego protector”, “ego herido”, “miedo como amor densificado”, “alma”, “espíritu” o “cuerpos sutiles”. En el presente estudio, estos términos se abordan estrictamente como **categorías de significado subjetivo**, útiles para la comprensión interna de la experiencia, sin otorgarles estatus empírico ni considerarlos constructos medibles.

En coherencia con ello, el estudio establece una **separación explícita** entre:

1. el **lenguaje fenomenológico** que TNIE utiliza para facilitar la introspección y la organización del sentido, y
2. los **procesos psicológicos y somato–emocionales** que constituyen el foco de análisis científico, tales como la regulación afectiva, la conciencia corporal, la emergencia emocional regulada y la reorganización narrativa.

Dado el carácter cualitativo del estudio piloto, estas dimensiones se examinan a través del **análisis profundo de la experiencia vivida**, más que mediante instrumentos psicométricos o mediciones cuantitativas, que quedan reservados para futuras fases mixtas de investigación.

## 2.2. Limitaciones del reduccionismo

El enfoque reduccionista ha sido fundamental para el desarrollo de la psicología científica y las neurociencias, permitiendo identificar correlatos neuronales de la emoción, describir mecanismos de aprendizaje y establecer relaciones entre activación autonómica, estrés y conducta. Su énfasis en la precisión conceptual y en la verificación empírica ha consolidado intervenciones basadas en evidencia, como la terapia cognitivo-conductual, los modelos de exposición y diversas aproximaciones psicofisiológicas ampliamente validadas.

No obstante, múltiples autores han señalado que, si bien el reduccionismo resulta útil para descomponer fenómenos complejos en componentes específicos, presenta limitaciones cuando se trata de procesos integrados como la **experiencia emocional encarnada**, la **interocepción** o la **coherencia percibida entre cuerpo y mente**. Estos fenómenos emergen de la interacción simultánea de factores biológicos, afectivos, cognitivos, relacionales y culturales, lo que dificulta reducirlos a una sola dimensión sin perder aspectos esenciales de su dinámica.

La literatura reciente indica que la regulación emocional no depende únicamente de operaciones cognitivas conscientes, sino también de **patrones implícitos**, de la capacidad de registrar señales corporales internas y del grado de seguridad neurofisiológica percibida. Estos elementos suelen requerir marcos interpretativos más amplios que los estrictamente analíticos. Asimismo, modelos exclusivamente *bottom-up* o *top-down* resultan insuficientes para capturar la complejidad mediante la cual las personas interpretan sus emociones y reorganizan sus experiencias internas.

Reconocer estas limitaciones no implica restar valor al enfoque reduccionista, sino destacar la necesidad de perspectivas complementarias que integren dimensiones **experienciales, somato-emocionales y subjetivas**. En este sentido, surge espacio para intervenciones que, sin contradecir los hallazgos consolidados de la psicología y la neurociencia, incorporan elementos de conciencia corporal, exploración emocional y análisis fenomenológico.

La Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se sitúa dentro de este marco complementario. Su propuesta no pretende reemplazar ni competir con modelos basados en evidencia, sino **explorar dimensiones experienciales profundas** que pueden resultar significativas para ciertos perfiles de participantes. En el presente estudio piloto, estas dimensiones se examinan exclusivamente mediante **análisis cualitativo de la experiencia vivida**, manteniendo una separación explícita entre el marco filosófico de TNIE —de carácter simbólico y fenomenológico— y el enfoque científico, centrado en la descripción rigurosa de procesos somato-emocionales tal como emergen en la práctica.

## 2.3. Emergencia de modelos integrativos cuerpo–mente–experiencia

En los últimos años se ha observado un crecimiento sostenido en la investigación y aplicación de modelos terapéuticos que integran procesos corporales, emocionales y cognitivos dentro de un marco experiencial más amplio. Por ejemplo, un análisis bibliométrico de la investigación sobre mindfulness documentó un fuerte aumento de publicaciones, con la literatura pasando de 131

artículos en el año 2000 a 2 978 en 2020, evidenciando una tasa de crecimiento exponencial desde 2006. A su vez, según informes de la World Health Organization (OMS), la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en aproximadamente un 25 % en el primer año de la pandemia de COVID-19, un indicativo claro de la creciente necesidad de intervenciones que incluyan una dimensión psico-somato-emocional. Este desarrollo ha sido impulsado por avances en diversos campos: la neurociencia afectiva ha aportado evidencia sobre la base neurobiológica de las emociones y su relación con circuitos subcorticales y redes corticales implicadas en la construcción de estados afectivos (Panksepp, 1998; LeDoux, 2015; Barrett, 2017). Paralelamente, la teoría polivagal de Stephen W. Porges (2011) ha puesto el foco en el papel del sistema nervioso autónomo en la sensación de seguridad, la regulación emocional y el comportamiento social.

De igual modo, la investigación contemporánea en interocepción ha demostrado que la capacidad de percibir y mapear señales corporales internas está asociada con la regulación emocional, la toma de decisiones y la percepción de bienestar subjetivo (Craig, 2009; Khalsa et al., 2018). Estos hallazgos han favorecido el desarrollo de métodos terapéuticos que incorporan ejercicios de conciencia corporal y estrategias de regulación *bottom-up*, apoyados en modelos de psicología somática y trauma que enfatizan la integración sensoriomotora y la resolución fisiológica de respuestas defensivas (Ogden, Minton & Pain, 2006; van der Kolk, 2014; Levine, 2010; Schore, 2021).

Además, la literatura contemporánea en psicología somática ha ampliado la comprensión de la relación entre activación corporal, emoción y reorganización de patrones defensivos. Boadella (2008) introdujo una perspectiva integrativa que vincula procesos corporales profundos con dinámicas afectivas y relacionales, mientras que investigaciones más recientes sobre Somatic Experiencing (SE) han descrito mecanismos de descarga fisiológica y renegociación autonómica en el tratamiento del trauma (Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015). Estas contribuciones complementan los modelos neurofisiológicos y sensoriomotores previamente mencionados y consolidan el lugar de las intervenciones cuerpo–mente como áreas de creciente interés clínico y científico.

Simultáneamente, enfoques provenientes de la psicología humanista, existencial y transpersonal han resaltado la relevancia de los procesos de sentido personal, la experiencia subjetiva y la integración de estados internos complejos como dimensiones centrales del bienestar psicológico (Rogers, 1961; Yalom, 1980; Assagioli, 2000; Grof, 2010). Aunque estos modelos no siempre se articulan en un lenguaje neurocientífico estricto, convergen con las terapias somáticas en la premisa de que la transformación emocional se sostiene en procesos vivenciales profundos que trascienden el análisis cognitivo convencional.

El resultado de esta convergencia teórica y empírica es la emergencia de intervenciones híbridas que combinan técnicas corporales, estrategias de procesamiento emocional y espacios de exploración experiencial guiada. Estas propuestas no sustituyen a las terapias basadas en evidencia, pero ofrecen perspectivas complementarias que pueden ser útiles para personas con dificultades de regulación emocional, patrones de desconexión corporal o experiencias internas fragmentadas.

En este marco, la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se presenta como una intervención psico–somato–emocional alineada con estas tendencias integrativas. Aunque se apoya en un marco filosófico propio, su evaluación en el presente estudio piloto se centra exclusivamente en la **experiencia vivida por los participantes**, analizada mediante un enfoque cualitativo fenomenológico. El estudio no incorpora mediciones cuantitativas ni biomarcadores fisiológicos, puesto que su objetivo es explorar procesos de percepción corporal, regulación emocional subjetiva y reorganización interna tal como emergen de manera natural en las sesiones. Con ello, TNIE se integra en el creciente cuerpo de métodos orientados a comprender la experiencia humana desde perspectivas que articulan cuerpo, mente y vivencia subjetiva, sin pretender sustituir los paradigmas clínicos establecidos.

## 2.4. TNIE como intervención psico-somato-emocional con marco filosófico propio

La Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) surge como una propuesta que articula prácticas de sensibilización corporal, exploración emocional guiada e integración experiencial dentro de un proceso estructurado. Aunque la metodología se inspira en un marco filosófico propio que utiliza conceptos como “alma”, “espíritu” o “coherencia interna profunda”, en el presente estudio estos términos se comprenden exclusivamente como **categorías fenomenológicas de sentido**, útiles para describir la vivencia subjetiva de los participantes, pero sin pretensión de validez empírica ni estatuto científico. Esta distinción permite integrar la dimensión existencial de la experiencia sin comprometer la claridad epistemológica ni la rigurosidad metodológica del análisis cualitativo.

Desde el punto de vista operativo, TNIE se concibe como una intervención psico–somato–emocional orientada a facilitar la regulación de estados afectivos, la ampliación de la conciencia interoceptiva y la reorganización de patrones de respuesta emocional. El proceso incluye técnicas como la atención guiada a sensaciones corporales, la identificación y expresión regulada de emociones, la activación segura de material afectivo y el cierre integrativo, siguiendo un protocolo manualizado que busca garantizar consistencia, coherencia interna y seguridad en el acompañamiento.

El lenguaje filosófico que acompaña TNIE puede resultar significativo para algunos participantes, pues ofrece un marco simbólico que favorece la introspección y la atribución de sentido durante el proceso. Sin embargo, este lenguaje no constituye el objeto de evaluación científica en el presente estudio. La dimensión empírica de TNIE se analiza exclusivamente a través de **la experiencia vivida por los participantes**, recogida en sesiones y documentos cualitativos, y examinada mediante procedimientos de análisis fenomenológico y temático. En este piloto no se emplean instrumentos psicométricos ni mediciones fisiológicas; dichos enfoques podrán explorarse en estudios posteriores que incluyan diseños mixtos.

Este posicionamiento permite que TNIE funcione como una intervención complementaria, compatible con enfoques cognitivos, somáticos y psicoterapéuticos establecidos, sin pretender sustituirlos. Asimismo, la separación explícita entre su marco filosófico —de naturaleza simbólica y

experiencial— y los procesos observables a nivel somato–emocional facilita su integración dentro del campo de métodos que abordan la relación cuerpo–mente–experiencia desde perspectivas fenomenológicas y neuropsicológicas convergentes. De este modo, el presente estudio piloto contribuye al diálogo contemporáneo entre prácticas integrativas y aproximaciones basadas en evidencia, aportando una exploración rigurosa de los procesos de experiencia interna asociados a TNIE.

# 3. MARCO CONCEPTUAL

## 3.1. Alma y espíritu como categorías fenomenológicas (no medibles)

En la tradición filosófica que inspira la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE), los conceptos de alma y espíritu funcionan como categorías de significado que orientan la comprensión subjetiva de la experiencia humana. Estos términos no se presentan en este estudio como entidades ontológicas demostrables ni como constructos susceptibles de medición empírica, sino como **marcos fenomenológicos** que permiten describir niveles percibidos de coherencia interna, sentido vital y relación íntima con la propia vivencia emocional.

Dentro de este enfoque filosófico, el *alma* se concibe como un plano profundo de conciencia o identidad esencial, habitualmente asociado a cualidades de estabilidad, claridad y orientación existencial. Por su parte, el *espíritu* se entiende como la dimensión dinámica de la experiencia encarnada, aquella en la que se manifiestan emociones, tensiones, impulsos, bloqueos y procesos de reorganización interna. Desde un punto de vista académico, estas distinciones funcionan como **metáforas estructurantes**, que ayudan a ciertos participantes a contextualizar sus vivencias afectivas dentro de un marco narrativo coherente y culturalmente significativo.

Para los fines de este estudio, y siguiendo criterios de rigurosidad metodológica, ambas nociones se interpretan exclusivamente como **constructos fenomenológicos no medibles**, utilizados por el marco TNIE para organizar la experiencia introspectiva del participante. Desde la perspectiva científica contemporánea, muchas de las vivencias que TNIE describe simbólicamente como “espirituales” pueden entenderse en términos de procesos psicológicos ampliamente documentados, tales como integración somato–emocional, conciencia interoceptiva, reorganización narrativa, memoria implícita, regulación autonómica o sensación subjetiva de coherencia. En este estudio no se evalúan mediante instrumentos cuantitativos, sino que se exploran **tal como emergen en la experiencia vivida** durante las sesiones.

Esta distinción explícita entre el **marco de sentido** (alma/espíritu) y el **marco fenomenológico observable** es fundamental para evitar interpretaciones ontológicas o metafísicas incompatibles con los criterios de la investigación científica. El estudio reconoce que los participantes pueden utilizar estas categorías simbólicas para describir su vivencia interna, pero el análisis cualitativo se centra exclusivamente en los **procesos somato–emocionales**, las descripciones corporales, los relatos afectivos y los patrones de integración que emergen en el material analizado.

Al incorporar estas nociones desde una perspectiva fenomenológica y no afirmativa, TNIE se sitúa dentro de modelos contemporáneos que articulan marcos de significado personal con metodologías de análisis rigurosas, permitiendo una integración respetuosa entre la experiencia subjetiva profunda y la interpretación científica prudente.

Este posicionamiento conceptual converge con la obra interdisciplinaria *"Alma y Espíritu: Un Estudio Interdisciplinario sobre la Conciencia Humana"* (Portunato, 2025), que propone una lectura diferenciada de los planos de la experiencia humana (alma, espíritu y cuerpo) desde una articulación entre mística hebrea, psicología profunda y modelos contemporáneos de conciencia. En este estudio, dicho documento se emplea únicamente como **marco narrativo y pedagógico**, sin constituir evidencia científica ni base teórica del análisis empírico. Su función es estrictamente epistemológica: clarifica cómo ciertos participantes utilizan estas categorías para interpretar su experiencia interna.

De este modo, el presente estudio diferencia explícitamente entre:
(a) el **marco simbólico–experiencial** que algunos participantes emplean para describir su vivencia, y
(b) los **procesos fenomenológicos observables** analizados por la investigación.

Esta separación garantiza rigurosidad metodológica sin descontextualizar la experiencia subjetiva de una población habituada a modelos holísticos o espirituales de interpretación.

## 3.2. La emoción como dinámica somato-afectiva (activación autonómica, neurociencia afectiva)

La literatura contemporánea en neurociencia afectiva y psicología somática coincide en que la emoción no puede comprenderse únicamente como un estado mental o cognitivo, sino como un proceso dinámico que involucra activación fisiológica, sensaciones corporales, patrones afectivos y significado subjetivo. Desde esta perspectiva, la emoción constituye una unidad integrada en la que convergen señales del sistema nervioso autónomo, percepciones interoceptivas, tendencias de acción y evaluaciones contextuales (Damasio, 1999; Panksepp, 1998; Barrett, 2017).

Numerosos modelos han subrayado que la activación autonómica desempeña un papel central en la configuración de la respuesta emocional. Las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo regulan cambios fisiológicos como la frecuencia cardíaca, el tono vagal, la tensión muscular y los patrones respiratorios, los cuales influyen directamente en la intensidad y cualidad de la experiencia afectiva (Kreibig, 2010). Asimismo, la teoría polivagal de Porges (2011) propone que los estados de seguridad, movilización o inhibición defensiva determinan la disponibilidad del organismo para conectar socialmente, modular las emociones y procesar información interna compleja.

En paralelo, investigaciones sobre **interocepción** —la percepción consciente de señales corporales internas— han demostrado su relevancia para la identificación emocional, la autorregulación y la toma de decisiones. Una interocepción precisa suele asociarse con mayor claridad afectiva, mientras

que una disminuida o distorsionada se vincula a desregulación emocional, desconexión corporal y fenómenos disociativos leves (Craig, 2009; Khalsa et al., 2018).

Las teorías de la neurociencia afectiva, incluyendo los trabajos de Damasio, LeDoux y Barrett, sostienen que las emociones surgen de la integración entre actividad neuronal subcortical, redes somatosensoriales y procesos interpretativos de orden superior. Damasio (1999) destaca el papel de los *marcadores somáticos* en la construcción de significado afectivo. LeDoux (2015) diferencia entre los sistemas de defensa subcorticales y la experiencia consciente de las emociones. Barrett (2017) plantea que el cerebro construye estados afectivos a través de procesos predictivos que integran señales corporales y contexto.

En coherencia con estas perspectivas, el presente estudio comprende la emoción como una **dinámica somato-afectiva**, entendida como un proceso que integra activación autonómica, sensaciones corporales, estados afectivos y modos de regulación. Esta definición permite articular de manera rigurosa los conceptos empleados en TNIE —como *carga emocional*, *bloqueo*, *movimiento interno*, *expresión regulada* o *integración*— con los modelos contemporáneos que describen la interdependencia entre cuerpo, emoción y significación subjetiva.

Más que traducirse a mediciones cuantitativas, esta articulación facilita una lectura científica prudente de los fenómenos observados durante las sesiones TNIE, permitiendo interpretar las experiencias relatadas por los participantes desde los marcos de la neurociencia afectiva, la interocepción y la psicología somática sin recurrir a afirmaciones metafísicas ni a explicaciones no verificables.

## 3.3. Disociación y espiritualidad evasiva (bypass espiritual) como constructos psicológicos; TNIE como reanclaje al cuerpo y a la realidad

La disociación es entendida en la literatura psicológica como un mecanismo de desconexión parcial o transitoria entre sensaciones corporales, emociones, cognición o memoria. Puede manifestarse en forma de despersonalización, desrealización, embotamiento emocional o disminución de la percepción interoceptiva. En niveles leves o funcionales, la disociación puede actuar como una estrategia automatizada de afrontamiento ante situaciones de sobrecarga emocional; sin embargo, cuando se vuelve persistente o rígida, interfiere con la regulación afectiva y con la coherencia interna de la experiencia subjetiva.

Dentro del ámbito del crecimiento personal y de las prácticas espirituales contemporáneas, se ha descrito un fenómeno relacionado denominado **espiritualidad evasiva** o *bypass espiritual*. Este concepto, originado en la psicología transpersonal, hace referencia al uso de ideas, discursos o prácticas espirituales para evitar el contacto directo con emociones dolorosas, conflictos internos o sensaciones corporales incómodas. Aunque estas estrategias pueden proporcionar alivio temporal, tienden a reforzar patrones de evitación experiencial y a limitar la integración emocional profunda.

Desde una perspectiva académica, tanto la disociación como la espiritualidad evasiva se consideran **constructos psicológicos** que describen modos de relación mediada o distanciada con la experiencia interna. No implican afirmaciones sobre la naturaleza última de la conciencia ni se vinculan, en este estudio, a categorías metafísicas. Funcionan como marcos explicativos que permiten comprender cómo algunas personas pueden desconectarse de su corporalidad, su afectividad o su realidad contextual, especialmente en entornos donde el lenguaje espiritual está culturalmente normalizado.

En este marco, la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se orienta explícitamente hacia un proceso de **reanclaje al cuerpo y a la experiencia presente**, con el propósito de disminuir la desconexión somato–emocional y favorecer una mayor coherencia entre sensación, emoción y cognición. Su metodología —basada en atención guiada a sensaciones corporales, identificación progresiva de emociones, procesamiento emocional seguro y fases de cierre integrativo— busca fortalecer la capacidad del participante para sostener experiencias afectivas sin recurrir a mecanismos de evitación o desregulación.

Aunque TNIE incorpora un marco filosófico propio, su evaluación en el presente estudio se centra exclusivamente en las **experiencias vividas** durante las sesiones y en los patrones somato–emocionales que emergen en el material cualitativo analizado. El estudio no utiliza instrumentos cuantitativos ni escalas psicométricas, pues su finalidad es comprender cómo se manifiestan, describen y transforman fenómenos como la desconexión corporal, la regulación emocional o la coherencia interna dentro del contexto natural del proceso TNIE.

De este modo, TNIE es conceptualizada como una intervención psico–somato–emocional que promueve **presencia corporal, contacto emocional auténtico y anclaje en la realidad inmediata**, ofreciendo una alternativa complementaria que contrasta con tendencias evasivas, sin pretender sustituir abordajes clínicos establecidos ni atribuir efectos metafísicos a su práctica.

# 4. FUNDAMENTACIÓN INTERDISCIPLINARIA

## 4.1. Neurociencia del trauma y regulación emocional (Porges, van der Kolk, Barrett)

La neurociencia del trauma ha aportado evidencia sustancial sobre los mecanismos mediante los cuales experiencias adversas, estrés prolongado o desregulación afectiva pueden alterar la organización funcional del sistema nervioso central y autonómico. Investigaciones de autores como **Stephen Porges**, **Bessel van der Kolk** y **Lisa Feldman Barrett** han permitido comprender el trauma no solo como un recuerdo perturbador, sino como un patrón dinámico de reactividad fisiológica, afectiva e interoceptiva que influye en la adaptación cotidiana del individuo.

La **teoría polivagal** de Porges propone que la regulación emocional depende en gran medida de la capacidad del sistema nervioso autónomo para transitar entre estados de activación simpática, tono

vagal ventral (asociado a seguridad y conexión social) y respuestas defensivas como la inmovilización dorsal. Desde esta perspectiva, el trauma tiende a fijar al organismo en patrones de hiperactivación o hipoactivación, dificultando la flexibilidad neurofisiológica necesaria para gestionar emociones intensas y mantener un sentido de seguridad interna.

Por su parte, van der Kolk ha destacado el papel de la **memoria implícita** y de las respuestas corporales automatizadas en la reexperimentación traumática. Según su enfoque, ciertas sensaciones somáticas y patrones de activación pueden actuar como "portadores" de la experiencia traumática, incluso cuando los contenidos explícitos no están disponibles de manera consciente. Esto ha reforzado el interés en intervenciones que integran componentes corporales y de procesamiento emocional seguro.

En una línea complementaria, los trabajos de Barrett sobre la **construcción de la emoción** enfatizan que los estados afectivos emergen de la interacción entre interocepción, predicciones cerebrales y significado contextual. Desde este modelo, la regulación emocional implica no solo modular la activación fisiológica, sino también reorganizar las interpretaciones internas que dan forma a la experiencia afectiva. Esta perspectiva sitúa la interocepción —la percepción de señales corporales internas— como un mecanismo crucial en la modulación emocional.

La convergencia de estas teorías sugiere que el trauma y la desregulación afectiva deben abordarse desde un enfoque que integre componentes corporales, autonómicos, emocionales y cognitivos. En este sentido, la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se alinea con modelos contemporáneos que consideran esencial el acceso a sensaciones corporales, la modulación gradual de la activación autonómica y el procesamiento guiado de estados afectivos. Aunque inspirada en un marco filosófico propio, **la evaluación del presente estudio se centra exclusivamente en la experiencia vivida durante las sesiones y en los patrones somato–emocionales que emergen del análisis cualitativo**, sin emplear instrumentos psicométricos ni mediciones cuantitativas. De esta manera, TNIE se sitúa dentro del creciente campo de intervenciones somato–emocionales que combinan una base científica sólida con una aproximación experiencial y fenomenológica.

## 4.2. Psicología integrativa y transpersonal

La psicología integrativa y la psicología transpersonal han contribuido a ampliar el marco conceptual desde el cual se comprende la experiencia humana, incorporando dimensiones afectivas, somáticas, relacionales y de sentido que no siempre encajan plenamente dentro de modelos cognitivos o conductuales tradicionales. Aunque estas corrientes utilizan ocasionalmente un lenguaje simbólico o espiritual, su aporte a este estudio se limita a la comprensión **fenomenológica y experiencial** de los procesos de transformación interna, sin atribuir validez empírica a constructos no medibles.

Autores como **Carl Jung**, **Roberto Assagioli** y **Stanislav Grof** han subrayado la importancia de los procesos de integración psíquica, la relación entre emociones profundas y dinámicas internas, y el papel del contacto experiencial con contenidos afectivos intensos. Jung planteó que la individuación implica un movimiento hacia la integración de aspectos disociados de la psique, lo cual resuena con modelos contemporáneos de coherencia emocional y autorregulación. Assagioli, desde la

Psicosíntesis, destacó la necesidad de integrar vivencias emocionales, cognitivas y somáticas dentro de una estructura coherente de personalidad. Grof, por su parte, exploró estados no ordinarios de conciencia como puertas fenomenológicas hacia procesos de reorganización emocional, enfatizando siempre el valor terapéutico del anclaje seguro.

En diálogo con estas corrientes, la psicología humanista y experiencial —representada por autores como Rogers, Gendlin o Perls— ha puesto énfasis en la importancia del **contacto directo con la experiencia presente**, la expresión emocional auténtica y el papel central del cuerpo como sustrato de significado. Los desarrollos más recientes en psicoterapia somática y enfoques basados en cuerpo–mente también han retomado estas ideas, proponiendo que la transformación emocional profunda requiere la integración de sensaciones corporales, patrones afectivos y narrativas personales.

El valor de estas aproximaciones para el presente estudio reside en su **capacidad para describir procesos experienciales** que acompañan la regulación emocional y la reorganización interna, integrando componentes afectivos, somatosensoriales y de sentido personal. TNIE se alinea con esta perspectiva al incorporar técnicas orientadas a la conciencia corporal, la exploración emocional guiada y la integración experiencial, aunque sin adoptar afirmaciones metafísicas ni modelos no verificables.

La relación entre estos enfoques y TNIE se circunscribe estrictamente a su dimensión fenomenológica: proporcionan marcos teóricos para comprender cómo los participantes pueden reconstruir significado, reorganizar patrones afectivos y reforzar la coherencia entre cuerpo, emoción y narrativa personal. En coherencia con el blindaje epistemológico del estudio, dichas dimensiones de sentido no se evalúan como variables científicas, sino que se integran en el análisis cualitativo como descripciones subjetivas complementarias a las mediciones psicométricas.

## 4.3. Física cuántica y teoría de campos como metáfora conceptual (no evidencia científica)

En el discurso contemporáneo sobre conciencia y experiencia humana, ciertos marcos provenientes de la física moderna —como la física cuántica, la teoría de campos o los modelos de coherencia cuántica— han sido utilizados en contextos no científicos para ilustrar metáforas de interconexión o dinamismo experiencial. No obstante, desde una perspectiva académica rigurosa, es fundamental diferenciar con claridad entre el **uso metafórico o inspiracional** de estos conceptos y su estatus dentro de la ciencia física, donde describen fenómenos estrictamente definidos, no extrapolables de manera directa a procesos psicológicos o emocionales.

En este estudio, referencias a ideas como “campo”, “coherencia” o “interconexión” se emplean únicamente como **metáforas fenomenológicas** que algunos participantes pueden utilizar para describir sus vivencias subjetivas de integración o alineación interna durante el proceso TNIE. Estas metáforas no implican causalidad física ni constituyen evidencia científica sobre la conciencia o la emoción. Se evita así cualquier confusión entre modelos conceptuales inspiradores y teorías empíricamente verificadas en el ámbito de la física.

Desde la perspectiva de la investigación psicológica, lo relevante no es la validez ontológica de estas metáforas, sino su potencial para **organizar la experiencia interna** y facilitar que los participantes articulen procesos complejos de regulación emocional, presencia corporal o coherencia subjetiva. En este sentido, el lenguaje de la física moderna cumple un rol expresivo en algunos enfoques fenomenológicos: ofrece imágenes que ayudan a describir sensaciones de fluidez emocional, apertura cognitiva o integración somato-afectiva sin pretender explicar los mecanismos biológicos o psicológicos subyacentes.

La *Terapia NexusLux de Integración Emocional* (TNIE) utiliza ocasionalmente estas metáforas dentro de su marco filosófico, pero el presente estudio se asegura de mantener una **delimitación epistemológica explícita**:

- La física cuántica no se emplea como fundamento causal del método.
- No se derivan afirmaciones empíricas de conceptos cuánticos.
- No se sugieren mecanismos energéticos o “vibratorios” con base científica.

La relación entre estos enfoques y TNIE se circunscribe estrictamente a su dimensión fenomenológica: proporcionan marcos teóricos que ayudan a comprender cómo los participantes reconstruyen significado, reorganizan patrones afectivos y fortalecen la coherencia entre cuerpo, emoción y narrativa personal. En coherencia con el blindaje epistemológico del estudio, dichas dimensiones se integran únicamente como elementos descriptivos en el análisis cualitativo, sin pretender constituir evidencia empírica ni ser objeto de mediciones cuantitativas.

## 4.4. Epigenética y biología del estrés: lenguaje prudente y evidencia preliminar

En los últimos años, la epigenética y la biología del estrés han aportado nuevos elementos para comprender cómo factores ambientales —incluyendo experiencias tempranas, estrés crónico y calidad de los vínculos— pueden influir en procesos fisiológicos relacionados con la regulación emocional y la adaptación psicológica. Sin embargo, se trata de un campo en desarrollo que requiere un tratamiento extremadamente cuidadoso, ya que las dinámicas epigenéticas son complejas, multifactoriales y no pueden extrapolarse de forma directa a experiencias subjetivas o emocionales concretas.

La literatura científica sugiere que exposiciones prolongadas al estrés pueden asociarse con modificaciones en sistemas neuroendocrinos relacionados con la respuesta al estrés y la regulación del organismo. Estos hallazgos no implican determinismo biológico ni permiten afirmar relaciones causales entre emociones específicas y cambios epigenéticos concretos. Más bien indican que el organismo posee mecanismos adaptativos sensibles a los contextos de vida, cuyos efectos son modulables y reversibles.

De manera paralela, investigaciones sobre neuroplasticidad han mostrado que intervenciones orientadas a la regulación emocional, la reducción del estrés y el aumento de la conciencia corporal pueden asociarse con patrones de funcionamiento más adaptativos en redes neurales implicadas en

la autorregulación. Estos estudios no permiten concluir que prácticas psicológicas generen modificaciones moleculares directas, pero sí sugieren que los entornos y conductas reguladoras pueden influir en los sistemas implicados en la respuesta al estrés.

En este marco conceptual, la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se ubica dentro del conjunto de intervenciones que buscan fortalecer la presencia corporal, modular el malestar y promover una relación más regulada con la experiencia emocional. La mención de la biología del estrés en este estudio tiene un propósito exclusivamente contextual: situar TNIE dentro del panorama amplio de intervenciones que, según la literatura, podrían ser exploradas en futuras investigaciones que incluyan marcadores fisiológicos complementarios.

Para mantener la integridad epistemológica del estudio cualitativo:

- No se postula que TNIE produzca efectos epigenéticos.
- No se propone que emociones o “bloqueos” generen modificaciones genéticas.
- No se atribuyen mecanismos moleculares a procesos subjetivos.
- No se realizan mediciones biológicas ni se sugieren inferencias causales.

La referencia a la epigenética y la biología del estrés sirve únicamente como **contextualización teórica**, destacando que la regulación emocional y el alivio del estrés —vinculados aquí a la experiencia subjetiva analizada cualitativamente— son dimensiones ampliamente estudiadas dentro de la biología del bienestar, sin atribuirles efectos fisiológicos específicos en el marco del presente estudio piloto.

# 5. MODELO TEÓRICO TNIE

El Modelo Teórico de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se organiza en tres pilares complementarios que describen:
(a) el funcionamiento natural de la emoción,
(b) la interrupción que da origen al trauma, y
(c) el proceso terapéutico que permite restablecer la integración afectiva.

## 1. El Ciclo TNIE de la Emoción

(versión fenomenológica → traducida científicamente)
Describe cómo la emoción surge, se expresa, comunica un mensaje significativo y se disuelve de manera natural. Representa el funcionamiento emocional óptimo.

## 2. El Ciclo TNIE del Trauma

(versión fenomenológica → traducida científicamente)
Explica cómo la interrupción del ciclo emocional produce desregulación, heridas internas, patrones repetitivos y acumulación afectiva. Representa el funcionamiento emocional bloqueado.

### 3. El Proceso TNIE (manualizado)

(versión operativa con correspondencias psicofisiológicas)
Es la secuencia terapéutica utilizada en sesión para observar, activar, expresar e integrar emociones previamente interrumpidas, favoreciendo la regulación autonómica y la coherencia interoceptiva.

# 5.1. El Ciclo del Trauma TNIE

El Ciclo del Trauma TNIE es un modelo descriptivo que ilustra cómo ciertos patrones emocionales y somáticos pueden mantenerse o intensificarse a lo largo del tiempo. No se propone como mecanismo universal, sino como marco interpretativo coherente con hallazgos de la neurociencia del trauma, la psicología somática y la fenomenología de la experiencia interna.

El modelo identifica cinco dinámicas recurrentes:

## 5.1.1. Experiencia dolorosa o desbordante

Un evento adverso —puntual o repetitivo— puede superar temporalmente la capacidad de regulación del individuo. Desde una perspectiva neurofisiológica, esto puede activar el sistema nervioso simpático (hiperactivación), el eje de estrés o, en situaciones extremas, respuestas de inhibición dorsal vinculadas al colapso defensivo.

## 5.1.2. Acumulación o bloqueo emocional

Cuando la experiencia no puede procesarse de manera segura o progresiva, emergen patrones de evitación emocional o desconexión corporal. En términos científicos, este bloqueo se asocia a **memoria implícita no integrada**, automatismos afectivos y disminución de la percepción interoceptiva.

## 5.1.3. Disociación o desconexión somato-emocional

La disociación funciona como un mecanismo de autoprotección que atenúa la intensidad afectiva, pero reduce presencia corporal y sensibilidad emocional. TNIE interpreta este proceso como un distanciamiento de la experiencia interna que, aunque adaptativo en el corto plazo, debilita la capacidad de regulación a largo plazo.

## 5.1.4. Repetición del patrón

Al no integrarse plenamente la experiencia original, la persona puede reactivar respuestas similares ante situaciones posteriores, incluso sin reconocer la relación entre ellas. Esto se vincula con **reactividad condicionada**, **sesgos predictivos** y patrones neurofisiológicos automatizados.

## 5.1.5. Expresión sintomática o malestar persistente

El ciclo se manifiesta en dificultades de regulación emocional, estrés sostenido, sensaciones corporales incómodas o conductas de evitación. Estas manifestaciones no se interpretan como

fenómenos metafísicos, sino como **respuestas adaptativas desactualizadas** que permanecen activas en ausencia de procesamiento emocional completo.

### Sentido del modelo dentro de TNIE

El Ciclo del Trauma TNIE ofrece un **marco comprensivo** para entender cómo determinadas experiencias emocionales no procesadas pueden influir en:

- la **sensación corporal**,
- la **reactividad emocional**,
- los **patrones defensivos automatizados**,
- y la **narrativa interna** que las personas construyen sobre sí mismas.

Su utilidad es **fenomenológica y descriptiva**: permite ordenar la experiencia emocional de los participantes sin pretender sustituir modelos clínicos consolidados como TCC, EMDR o las terapias somáticas basadas en evidencia.

En el presente estudio cualitativo, este modelo cumple un rol **interpretativo**, ayudando a contextualizar los temas que emergen del Análisis Temático Reflexivo (ATR). De ningún modo se emplea como teoría causal ni como base diagnóstica, sino como una estructura que facilita comprender cómo los participantes describen:

- su vivencia corporal,
- sus emociones,
- sus mecanismos de protección,
- y su proceso de integración durante TNIE.

No se utilizan indicadores cuantitativos ni escalas psicométricas; la totalidad del análisis se fundamenta en el **material fenomenológico** procedente de las sesiones y la Matriz de Codificación Cualitativa.

## 5.2. El Ciclo Natural de la Emoción

El **Ciclo Natural de la Emoción** propuesto por TNIE describe el proceso por el cual las emociones se despliegan, modulan e integran de forma adaptativa cuando no existe interferencia defensiva. A diferencia del Ciclo TNIE del Trauma —centrado en la interrupción— este modelo representa el **funcionamiento emocional saludable**. Se fundamenta en aportes de la **neurociencia afectiva**, la **teoría polivagal**, la **psicología somática** y la **fenomenología corporal**, y no pretende constituir una ley universal ni un mecanismo fisiológico literal.

El modelo se estructura en **cinco fases**:

### 5.2.1. Sensación corporal inicial

Toda emoción comienza con un correlato somático: variaciones en tono muscular, respiración, ritmo cardíaco o sensaciones viscerales. Desde la perspectiva científica, esta fase corresponde a la **interocepción** y a la activación autonómica modulada por predicciones cerebrales (Barrett, 2017). Puede manifestarse de manera sutil o intensa.

### 5.2.2. Identificación emocional

La persona reconoce la cualidad afectiva de la señal (p. ej., “ansiedad”, “tristeza”, “alegría”). Este reconocimiento depende de la interacción entre procesos **bottom-up** (sensaciones corporales) y **top-down** (conceptos emocionales, aprendizaje previo, cultura). Una identificación clara facilita una regulación emocional más eficaz.

### 5.2.3. Expresión consciente y segura

La emoción se expresa de forma regulada mediante el cuerpo (respiración, postura, micro-movimientos), el lenguaje o la acción. Neurofisiológicamente, implica integración entre activación autonómica, redes somatosensoriales y mecanismos de regulación cortical. La expresión permite que la carga afectiva se despliegue sin desbordamiento.

### 5.2.4. Liberación afectiva

Tras la expresión regulada, el organismo tiende a un **descenso natural de activación fisiológica** (downshift). La literatura lo asocia con procesos de homeostasis autonómica. TNIE no interpreta esta fase como liberación energética en sentido metafísico, sino como **autorregulación observable** mediante cambios corporales y afectivos.

### 5.2.5. Integración experiencial

La experiencia emocional se incorpora a la narrativa interna sin generar fragmentación o malestar residual. Este proceso suele describirse como mayor claridad, comprensión de sí mismo y sensación de cierre. En este estudio cualitativo, la integración se reconoce a través de los relatos de los participantes, sus descripciones corporales y los cambios percibidos durante las sesiones.

### 5.2.6 Relación con TNIE

TNIE utiliza este ciclo como marco para favorecer que los participantes se conecten con sus sensaciones corporales, identifiquen con mayor claridad sus emociones, expresen afectos de forma regulada y segura, reduzcan el malestar subjetivo e integren experiencias previamente evitadas o fragmentadas.
Este ciclo se utiliza como modelo fenomenológico, compatible con la evidencia contemporánea sobre regulación emocional e interocepción. En este estudio cualitativo, su relevancia se valora a partir de la experiencia expresada por los participantes y de los patrones emergentes en el análisis temático.

# 5.3. El Proceso TNIE (manualizado): conexión, observación, activación, expresión, integración y anclaje

El Proceso TNIE constituye la secuencia estructurada que guía cada sesión de la Terapia NexusLux de Integración Emocional. Aunque su origen se enmarca en un modelo filosófico propio, su operacionalización en este estudio se presenta exclusivamente como un procedimiento psicológico y somato-emocional, orientado a facilitar la regulación autonómica, el procesamiento afectivo y la integración experiencial de manera segura y replicable.

El proceso completa el **Ciclo Natural de la Emoción TNIE** —aparece → se expresa → enseña → se disuelve— y evita la interrupción que da origen al **Ciclo TNIE del Trauma**. Para ello, TNIE organiza el trabajo emocional a través de tres acciones internas centrales:

### *1) Comprender sin juicio*

La emoción no se etiqueta como “buena” o “mala”.
Esta actitud reduce la defensividad del sistema nervioso, desactiva la lucha/huida y permite que la emoción emerja sin resistencia.

### *2) Aceptar*

Se reconoce el mensaje o la necesidad profunda que la emoción comunica.
Aceptar no es resignarse, sino incluir lo excluido y permitir que la energía afectiva se despliegue.

### *3) Soltar*

Implica no aferrarse ni identificarse con la emoción.
Soltar permite que el ciclo emocional se complete, evitando la formación de herida emocional, ego herido o capas acumuladas de trauma.

Estas tres acciones se manifiestan de forma implícita a lo largo de las seis fases del proceso manualizado descrito a continuación.

## 5.3.1 Fases

### FASE 1 — Conexión (Anclaje inicial y seguridad)

#### *Descripción TNIE*

La sesión inicia con atención guiada a la postura, respiración y sensaciones globales. Se establece un estado basal de seguridad interna que reduce la activación defensiva del sistema nervioso.
Aquí se introduce la primera acción del método: **comprender sin juicio** lo que el cuerpo muestra en el presente (tensión, calma, inquietud).

#### *Correspondencia científica*

- Activación del sistema **vagal ventral** (Porges) → aumentan seguridad y conexión.

- Disminución ligera de la activación simpática.
- Mejora de la **interocepción básica** (áreas insulares).

### *Función clínica*

Estabilizar el sistema nervioso, preparando un terreno seguro para la activación emocional sin riesgo de desbordamiento.

## FASE 2 — Observación (Interocepción focalizada)

### *Descripción TNIE*

El participante dirige su atención hacia sensaciones específicas, observándolas sin juicio y sin intentar cambiarlas.
Aquí se consolida el primer movimiento metodológico: **comprender sin juicio**.

### *Correspondencia científica*

- Incremento de **interocepción consciente** y precisión interoceptiva (Khalsa et al., 2018).
- Activación regulada de corteza prefrontal medial y redes somatosensoriales.

### *Función clínica*

Favorecer la identificación emocional y reducir la evitación experiencial, base del ciclo traumático.

## FASE 3 — Activación (Acceso seguro a la carga emocional)

### *Descripción TNIE*

Surgen emociones latentes o sensaciones asociadas a memorias no procesadas.
El terapeuta guía un acercamiento gradual dentro de la ventana de tolerancia.
Aquí aparece la segunda acción: **aceptar** la emoción como parte del proceso natural, sin lucha.

### *Correspondencia científica*

- Activación simpática moderada dentro de la ventana de tolerancia (Siegel).
- Procesamiento de **memoria implícita** y patrones afectivos retenidos.

### *Función clínica*

Permite contactar la emoción subyacente sin retraumatización ni sobreidentificación.

## FASE 4 — Expresión (Liberación emocional regulada)

### *Descripción TNIE*

La emoción se expresa a través de respiración, micro-movimientos, voz suave o verbalización consciente sin dramatización ni catarsis desbordada.

Aquí ocurre la tercera acción: **soltar**, entendida como permitir que la emoción complete su flujo natural sin apego ni identificación.

### *Correspondencia científica*

- Regulación autonómica bottom-up.
- Descenso progresivo del malestar tal como lo expresa la persona durante la sesión.
- Integración sensoriomotora de patrones afectivos (Ogden et al., 2006).

### *Función clínica*

Disminuir malestar, liberar carga emocional y prevenir la fijación traumática.

## FASE 5 — Integración (Comprensión y reorganización experiencial)

### *Descripción TNIE*

El participante reconoce lo que la emoción enseñó —su mensaje, necesidad o comprensión— y reorganiza su narrativa interna.
Aquí se unen las tres acciones: **comprender sin juicio → aceptar → soltar**, completando el ciclo emocional TNIE.

### *Correspondencia científica*

- Reorganización cognitivo-afectiva.
- Reconsolidación de memoria.
- Mayor claridad, coherencia interna y sensación subjetiva de alivio según el relato del participante

### *Función clínica*

Transformar la emoción en aprendizaje y coherencia interna.

## FASE 6 — Anclaje (Cierre somático y retorno a estabilidad)

### *Descripción TNIE*

La sesión culmina con respiración, grounding, estiramientos o una frase de presencia.
El objetivo es sellar el proceso para evitar residualidad emocional.

### *Correspondencia científica*

- Restauración del tono vagal ventral.
- Regulación del eje del estrés (HPA).
- Retorno al equilibrio homeostático.

### *Función clínica*

Garantizar cierre seguro, previniendo sobrecarga emocional o apertura incompleta.

# 5.4. El Modelo TNIE Original de la Emoción y el Trauma

Además de los modelos adaptados desde la literatura científica, TNIE cuenta con una teoría fenomenológica propia desarrollada a partir de la observación clínica y de la práctica terapéutica. Estas formulaciones no se presentan como hechos verificables ni como mecanismos fisiológicos, sino como **mapas internos de sentido** que organizan la experiencia emocional de los participantes dentro del marco filosófico de TNIE.

## 5.4.1. Ciclo TNIE de la Emoción

En su formulación original, TNIE concibe la emoción como **energía en movimiento** desde el interior hacia la conciencia. Este movimiento sigue cuatro fases:

1. **Aparece**
   La emoción surge espontáneamente como respuesta a un estímulo externo o una activación interna.
2. **Se expresa (duele)**
   La emoción se manifiesta en el cuerpo y genera sensaciones que pueden resultar incómodas o intensas.
   El “dolor” no se interpreta como daño, sino como fricción natural del movimiento emocional.
3. **Enseña**
   Se considera que toda emoción porta un mensaje: una necesidad, un límite, una herida o una información interna relevante.
4. **Se disuelve**
   Una vez expresada y comprendida, la emoción se libera de forma natural y retorna la estabilidad interna.

Según TNIE, cuando este ciclo fluye completo, el organismo recupera equilibrio; cuando se interrumpe —especialmente entre las fases 2 y 3— aparecen bloqueos emocionales y tensiones internas.

## 5.4.2. Ciclo TNIE del Trauma

En su teoría fenomenológica, TNIE describe el trauma como un proceso acumulativo originado en la **emoción no gestionada**. El ciclo se desarrolla así:

1. **Experiencia + emoción no gestionada**
   La persona vive un hecho que despierta una emoción que aparece y se expresa, pero que no puede completarse ni procesarse.

2. **Formación del trauma**
   La emoción queda “interrumpida”, reprimida o bloqueada. En el marco TNIE, esto se describe como una **energía emocional congelada**.

3. **Herida emocional**
   La emoción no resuelta forma una “herida” que puede manifestarse como:

   - síntomas emocionales,
   - síntomas físicos vinculados a procesos psicoemocionales,
   - dolencias somáticas,
   - patrones corporales de defensa.

   Aquí TNIE reconoce afinidades con enfoques como la psicología somática, la medicina cuerpo–mente y la biodecodificación (siempre como modelos interpretativos, no como evidencias médicas).

4. **Máscaras del ego / Ego herido**
   Para protegerse de repetir el dolor, la persona desarrolla defensas, identificaciones y creencias limitantes (lo que TNIE denomina “máscaras del ego” o “ego herido”).

5. **Miedos específicos y reactivación**
   Las heridas generan miedos que activan los mismos patrones defensivos en situaciones posteriores.

6. **Acumulación de capas emocionales**
   El patrón se repite, generando nuevas emociones bloqueadas y microtraumas que se superponen.

Para TNIE, la sanación ocurre cuando la persona **regresa a la emoción raíz**, abandona el juicio, accede a presencia amorosa y permite que la emoción se exprese e integre.

## 5.5. El Ciclo TNIE de la Emoción y del Trauma (modelo fenomenológico con traducción científica)

La Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) utiliza un modelo fenomenológico propio para describir la dinámica interna mediante la cual las emociones se activan, se expresan, se bloquean o se integran. Este modelo —derivado de la práctica clínica y de un marco filosófico específico— no se presenta como una ley universal ni como un mecanismo fisiológico verificable en su totalidad. Funciona como **un mapa experiencial** que ayuda a los participantes a comprender su vivencia emocional y a contextualizar sus procesos de bloqueo o integración.

Con el fin de mantener rigor metodológico, el presente estudio relaciona este modelo con procesos descritos en la literatura contemporánea sobre emoción y trauma, sin realizar mediciones fisiológicas, permitiendo su inclusión dentro del análisis empírico.

### 5.5.1. El Ciclo TNIE de la Emoción (versión fenomenológica)

Desde el marco interno de TNIE, una emoción es entendida como:

> "energía en movimiento desde el interior de la experiencia profunda del ser hacia su expresión consciente".

Este movimiento describe **cuatro fases fenomenológicas**:

1. **Aparece**
   Surge espontáneamente desde una percepción interna o externa.
2. **Se expresa (duele)**
   La emoción se manifiesta como intensidad corporal o afectiva.
   El "dolor" se interpreta como la fricción natural del movimiento emocional.
3. **Enseña**
   La emoción trae un mensaje: una necesidad, una herida, un límite o una memoria.
4. **Desaparece**
   Una vez reconocida y procesada, la emoción se disuelve y retorna la estabilidad.

Cuando el ciclo fluye sin interrupciones, se produce regulación natural.
Cuando se corta —por juicio, miedo o evitación— surgen bloqueos emocionales.

### 5.5.2. Traducción científica del Ciclo TNIE de la Emoción

| Fase TNIE | Traducción científica | Evidencia |
|---|---|---|
| **Aparece** | Detección interoceptiva; activación límbica inicial | Craig, 2009; Khalsa et al., 2018 |
| **Se expresa (duele)** | Aumento simpático; respuesta somato-afectiva; activación de insula y cingulado | Panksepp, 1998; Kreibig, 2010 |
| **Enseña** | Procesamiento emocional; integración prefrontal; atribución de significado | Barrett, 2017 |
| **Desaparece** | Downregulation autonómica; retorno a homeostasis | Porges, 2011; Schore, 2021 |

**Así, lo que TNIE llama "permitir que la emoción complete su ciclo" se equipara, en términos científicos, a:**

- permitir activación fisiológica moderada
- permitir expresión corporal y afectiva regulada
- procesamiento cognitivo-emocional
- retorno a estabilidad autonómica

### 5.5.3. El Ciclo TNIE del Trauma (versión fenomenológica)

Desde la teoría interna de TNIE, el trauma ocurre cuando:

1. **Una experiencia adversa activa una emoción intensa**,
2. **El ego protector o herido juzga la emoción como peligrosa**,
3. **La emoción se reprime y queda "congelada"**,
4. **La energía emocional no integrada se acumula**,
5. **El patrón se repite en el tiempo**,
6. **La persona manifiesta síntomas emocionales, somáticos o relacionales**,
7. **La liberación ocurre mediante presencia amorosa, aceptación sin juicio y expresión regulada**.

Este modelo parte de la práctica clínica: se observa que la mayoría de los pacientes presentan patrones repetitivos originados en experiencias no procesadas, muchas de ellas en la infancia, cuando aún no existe capacidad de regulación autónoma.

### 5.5.4. Traducción científica del Ciclo TNIE del Trauma

La teoría TNIE del trauma se corresponde con varios procesos documentados en la literatura:

| TNIE (fenomenológico) | Equivalente científico | Referencias |
|---|---|---|
| **Emoción reprimida / energía congelada** | Memoria implícita no integrada; patrones somatosensoriales reactivos | van der Kolk, 2014; Ogden et al., 2006 |
| **Ego protector / herido juzga la emoción** | Evitación experiencial; supresión afectiva | Hayes et al., 1999; Gross, 2015 |
| **Repetición del patrón** | Reactividad condicionada; sesgos predictivos | LeDoux, 2015 |
| **Desconexión cuerpo–emoción** | Disociación leve; reducción interoceptiva | Lanius, 2014 |
| **Liberación por presencia amorosa** | Regulación co-regulada; activación vagal ventral | Porges, 2011 |
| **Integración emocional** | Reconsolidación de memoria; integración somato-afectiva | Schore, 2021 |

## Explicación de las referencias citadas

**van der Kolk (2014)**
→ Describe el trauma como una fragmentación somatosensorial, donde la experiencia queda almacenada en memoria implícita y reactividad corporal.

**Ogden, Minton & Pain (2006)**
→ Fundamentos de la Psicoterapia Sensoriomotriz: integración de patrones corporales con procesamiento emocional.

**Hayes et al. (1999)**
→ Teoría de la evitación experiencial: mecanismos por los que la persona evita emociones consideradas peligrosas o intolerables.

**Gross (2015)**
→ Modelo de supresión emocional y regulación afectiva: efectos de inhibir la expresión emocional.

**LeDoux (2015)**
→ Sistemas de defensa subcorticales, reactividad condicionada y circuitos de amenaza que generan repetición automática de respuestas.

**Lanius (2014)**
→ Disociación y desconexión cuerpo–emoción: reducción de interocepción y fragmentación somática en trauma complejo.

**Porges (2011)**
→ Regulación co-regulada mediante el sistema vagal ventral; sensación de seguridad como base para procesar emociones intensas.

**Schore (2021)**
→ Integración afectiva y regulación emocional a través del hemisferio derecho; reconsolidación de memoria implícita en contextos seguros.

Así, el modelo TNIE del trauma no contradice la literatura científica, sino que ofrece un lenguaje fenomenológico paralelo, útil para:

- educación emocional,
- accesibilidad para pacientes con marco espiritual/holístico,
- integración clínica cuerpo–emoción.

El modelo es coherente con marcos contemporáneos de trauma y regulación autonómica, y su traducción conceptual permite enmarcarlo dentro del análisis cualitativo del presente estudio piloto.

### 5.5.5. Justificación para incluir la teoría TNIE en el estudio

Es completamente válido incluir tu teoría porque:

- **todas las teorías del trauma son modelos explicativos**, no realidades biológicas cerradas (van der Kolk, Porges, Siegel, Levine, Ogden… todos proponen MARCOS, no leyes).
- La teoría TNIE **deriva de observaciones clínicas repetidas** en muchos pacientes.
- El estudio piloto busca explorar si este modelo resulta coherente con la experiencia de los participantes.

- En ciencia, un modelo se valida pragmáticamente:
  **si aparece de forma consistente en los relatos y temas emergentes, se considera clínicamente significativo.**

# 6. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO PILOTO

## 6.1. Diseño del estudio

El presente trabajo se desarrolló como un **estudio piloto cualitativo pre–post**, orientado a evaluar la **viabilidad**, **aceptabilidad** y los **procesos internos** asociados a la experiencia de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE).

Dado su carácter exploratorio, el estudio **no busca establecer eficacia**, sino **comprender en profundidad la experiencia somato–emocional** de los participantes y generar bases conceptuales y metodológicas para investigaciones futuras más amplias.

La muestra fue **no probabilística por conveniencia** e incluyó a **21 participantes adultos** que asistieron voluntariamente a sesiones reales de TNIE en contexto naturalista. El número de sesiones varió entre 1 y 4 por participante; esta variabilidad se consideró parte inherente del diseño piloto y enriqueció el material fenomenológico analizado.

Al ser un estudio cualitativo:

- **no se conformaron grupos control**,
- **no se aplicó asignación aleatoria**,
- **y no se emplearon comparaciones cuantitativas** más allá de descripciones básicas de malestar subjetivo reportado por los propios participantes durante las sesiones.

Estas características forman parte de la metodología propia de un estudio cualitativo piloto y se reportan de manera transparente para mantener rigor y claridad interpretativa.

El diseño permitió:

- explorar **cambios subjetivos pre–post** en la vivencia emocional y corporal,
- analizar la **variabilidad intraindividual** descrita por los participantes a lo largo de las sesiones,
- identificar **patrones narrativos, somáticos y afectivos** mediante Análisis Temático Reflexivo (ATR),
- y examinar la **coherencia entre los procesos TNIE observados y los temas emergentes** del corpus cualitativo.

El estudio se elaboró siguiendo principios de transparencia metodológica (APA/COPE) y tomando como referencia las guías **TIDieR** para describir intervenciones, adaptadas aquí a un diseño cualitativo sin grupo control.

La elección de un estudio piloto cualitativo responde a la necesidad de:

- **evaluar la aceptabilidad** del método,
- **examinar la aplicabilidad real** del protocolo TNIE,
- **identificar riesgos, límites y condiciones de seguridad**,
- y **generar hipótesis y categorías teóricas** que permitan diseñar un futuro estudio controlado.

# 6.2. Participantes

## 6.2.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión se definieron para seleccionar participantes capaces de involucrarse de manera segura en una intervención psico–somato–emocional y de aportar material fenomenológico relevante para el análisis cualitativo, según la estructura del ATR y la Matriz de Codificación. Se incluyó a personas que cumplieran:

### *1. Edad entre 18 y 65 años.*

Se buscó población adulta con madurez cognitiva y emocional suficiente para elaborar narrativas, sensaciones corporales y procesos afectivos codificables.

### *2. Capacidad para participar en un proceso emocional guiado.*

Esto implica:
– disposición a explorar emociones y sensaciones corporales,
– capacidad de introspección básica,
– habilidad para describir la experiencia interna, esencial para obtener fragmentos codificables.

### *3. Presencia de malestar emocional leve o moderado.*

Tales como:
– ansiedad difusa,
– tristeza recurrente,
– bloqueo emocional,
– tensión corporal persistente.
Estos perfiles facilitan emergencias experienciales ricas en las familias Somato–Interoceptiva, Emocional y Narrativa del Yo.

### *4. Presencia de un marco interpretativo espiritual o metafísico.*

Muchos participantes acudieron con creencias espirituales o enfoques metafísicos sobre su vida emocional.
En el contexto del estudio, este aspecto no se toma como mecanismo terapéutico, sino como parte **del universo simbólico del participante**.

TNIE, en su aplicación operativa, trabaja con estas creencias mediante un **reencuadre fenomenológico y psicológico** que evita disociación y facilita la integración emocional.
Se incluyeron participantes que:
– pudieran sostener sus creencias sin rigidez extrema,
– fueran capaces de traducir parte de su experiencia a un lenguaje psicológico,
– y comprendieran que el estudio emplea interpretación fenomenológica, no metafísica.

### *5. Ausencia de psicopatología grave o desregulación severa.*

Se incluyeron participantes sin diagnósticos psiquiátricos severos, para garantizar seguridad y evitar interferencias que impidan un trabajo somato–emocional profundo.

### *6. Disponibilidad para asistir al menos a una sesión y participar en la evaluación pre–post cualitativa.*

El criterio mínimo fue:
– asistir a al menos una sesión TNIE,
– completar la entrevista o registro cualitativo pre–post.
Quienes realizaron más sesiones aportaron material para el análisis longitudinal cualitativo.

### *7. Ausencia de consumo problemático de sustancias.*

Para evitar distorsiones en la percepción interna y garantizar material fenomenológico fiable.

## 6.2.2. Criterios de exclusión

Se establecieron criterios de exclusión destinados a proteger la seguridad emocional de los participantes y asegurar que el material generado fuese adecuado para el análisis temático reflexivo (ATR) y coherente con el enfoque somato–emocional del método TNIE. Se excluyeron las siguientes situaciones:

**1. Presencia de trastornos psiquiátricos moderados o severos.**
Incluyendo:
– trastorno bipolar descompensado,
– episodios psicóticos o esquizofrenia,
– trastornos disociativos graves,
– trastorno límite de la personalidad con inestabilidad severa.
Estos perfiles pueden generar desregulaciones que exceden el encuadre seguro del proceso TNIE y requieren intervenciones clínicas especializadas.

**2. Trauma severo activo no tratado.**
El método TNIE trabaja con experiencias traumáticas leves o moderadas.
El trauma severo, especialmente cuando implica disociación estructural o revivencias intensas, puede producir sobrecarga autonómica y requiere abordajes específicos fuera del alcance de este estudio piloto.

**3. Consumo actual de sustancias psicoactivas que afecten la percepción interna.**
Sustancias que alteran la conciencia, la atención o las señales interoceptivas dificultan el trabajo somático y la producción de material fenomenológico fiable.

**4. Crisis emocional aguda o riesgo elevado.**
Se excluyeron personas con situaciones recientes de crisis, como duelo traumático agudo, ataques de pánico severos o ideación suicida activa, dado que este estudio no tiene como objetivo la estabilización de crisis.

**5. Dificultades cognitivas o comunicacionales que limiten la expresión verbal.**
El ATR requiere que los participantes puedan describir sensaciones, emociones y significados. Se excluyeron personas con limitaciones que impidieran generar material suficiente para la codificación.

**6. Condiciones médicas que dificulten el trabajo somático suave.**
Por seguridad fisiológica se excluyó a quienes presentaran:
– embarazo de alto riesgo,
– problemas respiratorios severos,
– condiciones cardiacas inestables.
Estas situaciones podrían interferir con ejercicios de respiración consciente, interocepción abdominal o micro-movimientos.

**7. Participación simultánea en tratamientos psicológicos intensivos.**
Para evitar confusión de efectos y garantizar claridad interpretativa del proceso, se excluyó a quienes estuvieran inmersos en intervenciones intensivas paralelas.

## 6.2.3. Tamaño muestral y justificación

La muestra final estuvo compuesta por 21 participantes, un número adecuado para un estudio piloto cualitativo con estructura pre–post. En esta fase exploratoria, el propósito principal no es alcanzar potencia estadística, sino:

- evaluar la viabilidad del procedimiento,
- valorar la aceptabilidad de la intervención,
- examinar la aplicabilidad real del protocolo TNIE,
- y generar un corpus cualitativo suficientemente denso para el análisis temático reflexivo (ATR).

Desde la perspectiva cualitativa, este tamaño muestral permitió obtener un volumen robusto de material experiencial, compuesto por:

- aproximadamente 150 códigos abiertos,
- 7 familias de codificación,
- 25 subfamilias,

- 6 temas centrales y 18 subtemas.

Este nivel de riqueza y repetición temática es coherente con los criterios de saturación teórica utilizados en estudios fenomenológicos de profundidad.

La elección de 21 participantes también fue coherente con la capacidad logística del estudio y permitió aplicar el protocolo TNIE con fidelidad, así como asegurar un seguimiento adecuado durante las cuatro semanas de intervención.

### 6.2.4. Relación con la Matriz de Codificación

La selección de participantes se realizó de manera que el material generado fuese adecuado para el Análisis Temático Reflexivo (ATR) y coherente con la estructura de la Matriz de Codificación Cualitativa empleada en este estudio. En particular, se priorizaron perfiles capaces de producir contenido significativo en las familias centrales del modelo:

- **S — Somato–Interoceptiva:**
  sensaciones corporales, tensiones, bloqueos, vibraciones, aperturas, cambios respiratorios y otros marcadores relevantes para la dinámica TNIE.
- **E — Emocional:**
  experiencias como tristeza, miedo, vergüenza, ansiedad difusa, alivio tras la expresión y matices afectivos asociados a la activación y liberación emocional.
- **N — Narrativa del Yo:**
  relatos sobre identidad, heridas de origen, roles aprendidos, significados atribuidos a la emoción y reorganización narrativa posterior a la integración.
- **R — Relacional:**
  patrones de apego, mecanismos defensivos interpersonales, reacciones protector–herido y experiencias vinculares que se reactivan durante el proceso.

La presencia de estas dimensiones es fundamental para obtener fragmentos de experiencia codificables y construir temas sólidos en el ATR.

Por esta razón, se excluyeron participantes con disociación severa, inestabilidad emocional marcada o psicopatología grave, ya que tales perfiles podrían generar material poco accesible o fragmentado, comprometer la seguridad emocional del proceso TNIE o producir datos cualitativos no adecuados para la profundidad requerida por la matriz.

La muestra seleccionada permitió equilibrar seguridad clínica, coherencia metodológica y riqueza fenomenológica, asegurando que los datos obtenidos fueran pertinentes para el análisis somato–emocional y narrativo del estudio.

## 6.3. Protocolo de Intervención TNIE (manualizado – TIDieR)

El protocolo de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) fue desarrollado siguiendo las recomendaciones de la guía TIDieR (Template for Intervention Description and Replication)

para garantizar claridad, replicabilidad y fidelidad metodológica. Aunque la intervención cuenta con un marco filosófico de sentido, en este estudio se describe únicamente su procedimiento técnico: los componentes observables, reproducibles y evaluables del método.

### 6.3.1. Naturaleza de la intervención

TNIE es una intervención psico–somato–emocional breve, estructurada en cuatro sesiones de 60 minutos (una por semana), centrada en:

- conciencia corporal e interocepción,
- identificación y procesamiento emocional guiado,
- expresión regulada de estados afectivos,
- integración experiencial y retorno a la estabilidad interna.

La intervención no se presenta como psicoterapia clínica, sino como una práctica complementaria orientada a la regulación emocional. Su objetivo no es tratar trastornos graves, sino facilitar procesos de conexión corporal, expresión afectiva e integración experiencial en un marco seguro.

### 6.3.2. Componentes nucleares (según TIDieR)

## 1. Materiales

- Manual del terapeuta TNIE (versión piloto).
- Guiones de sesión estructurados.
- Ficha de seguimiento y registro de eventos adversos.
- Checklist de fidelidad por sesión (6 ítems).

## 2. Procedimientos

Cada sesión sigue la secuencia manualizada:

1. **Conexión** – anclaje corporal, respiración, orientación sensorial.
2. **Observación** – atención interoceptiva específica.
3. **Activación** – acceso seguro a material emocional latente.
4. **Expresión** – liberación afectiva regulada (sin catarsis desbordada).
5. **Integración** – reorganización cognitivo-afectiva suave.
6. **Anclaje** – cierre somático y estabilización autonómica.

## 3. Proveedor de la intervención

La intervención fue administrada por un facilitador capacitado en TNIE (nivel piloto), con entrenamiento formal en el manual del método y en habilidades de contención emocional.

No se requiere título clínico para aplicar TNIE, pero sí la capacidad para derivar adecuadamente ante señales de riesgo.

## 4. Entorno

Las sesiones se realizaron **en formato online sincrónico**, mediante videoconferencia individual (1:1), con cada participante ubicado en su **propio domicilio** u otro espacio privado de su elección. Se enfatizó la necesidad de contar con un lugar **tranquilo**, **seguro** y **sin interrupciones**, que facilitara la atención interoceptiva y el trabajo emocional guiado.

Se permitió que cada participante ajustara el ambiente según sus **preferencias personales de comodidad y regulación**, incluyendo:

- **iluminación** (luz natural, luz tenue o luz apagada),
- **elementos de autocuidado** como vela encendida o incienso, si así lo deseaba,
- **fondo musical muy suave**, únicamente cuando no interfiriera con la comunicación ni con el seguimiento de las instrucciones; en todos los casos, manteniéndose a un volumen bajo y estable, con fines de regulación ambiental.

El criterio central del entorno fue garantizar:

1. **Privacidad**,
2. **Seguridad emocional**,
3. **Comodidad corporal**,
4. **Capacidad de permanecer presente en la experiencia interna**.

No se exigió un espacio clínico formal, siempre que se cumplieran estas condiciones básicas. Este tipo de entorno es coherente con la naturaleza somato–interoceptiva del método TNIE y con su énfasis en la **autopercepción regulada** dentro de un entorno de confianza facilitado por el propio participante.

## 5. Duración

Cada sesión: 60 minutos.
Duración total del tratamiento: 4 semanas.

## 6. Personalización

El protocolo es estandarizado, aunque puede ajustarse la intensidad del contacto emocional dependiendo de:

- nivel de activación autonómica del participante,
- ventana de tolerancia,
- presencia de señales leves de disociación.

No se permiten modificaciones sustanciales sin supervisión metodológica.

## 7. Fidelidad

La adherencia al protocolo se garantizó mediante:

- checklist por sesión,
- autoevaluación del facilitador,
- revisión externa de registros descriptivos,
- estandarización de lenguaje y ritmo en cada fase del proceso.

### 6.3.3. Seguridad y manejo de riesgos

El protocolo TNIE incorpora medidas de seguridad destinadas a garantizar un proceso emocional regulado y a proteger la estabilidad psicológica de los participantes. Las principales directrices fueron:

- **No avanzar hacia expresiones emocionales intensas sin un anclaje corporal previo.** Cada sesión comenzaba asegurando presencia, respiración y estabilidad somática antes de explorar contenido emocional.
- **Aplicar grounding inmediato en caso de hipoactivación o signos leves de desconexión.** Se emplearon técnicas sencillas de orientación, respiración o movimiento suave para restablecer la presencia corporal.
- **Detener la sesión ante cualquier señal de riesgo psicológico significativo.** Si el participante mostraba indicios de desbordamiento, angustia extrema o pérdida de regulación, el facilitador interrumpía la intervención y activaba el protocolo de derivación profesional correspondiente.
- **Registrar eventos adversos o activaciones emocionales inesperadas.** Se documentaron todas las reacciones que requirieran ajustes, pausa o asistencia adicional para aumentar la transparencia y mejorar la seguridad del método.
- **Ajustar la intensidad del proceso a la ventana de tolerancia del participante.** El facilitador moduló el ritmo, la profundidad emocional y el grado de activación según la estabilidad presente de la persona, garantizando un acompañamiento seguro y progresivo.

### 6.3.4. Coherencia con la Matriz de Codificación Cualitativa

El protocolo TNIE fue diseñado para generar material fenomenológico suficientemente rico y estructurado como para ser codificado dentro de la Matriz de Codificación Cualitativa empleada en este estudio. En particular, cada fase del proceso produce fragmentos de experiencia que se inscriben en las siguientes familias:

- **S — Somato–Interoceptiva:**
  sensaciones corporales, tensiones, aperturas, alivio, vibraciones, cambios en respiración o presión interna.
- **E — Emocional:**
  miedo, tristeza, alivio, vulnerabilidad, vergüenza y otros matices afectivos emergentes durante la activación o la expresión emocional.
- **N — Narrativa del Yo:**
  relatos sobre identidad, creencias internas, roles adquiridos, comprensión del origen del malestar y reorganización narrativa tras la integración.
- **R — Relacional:**
  patrones de apego, reacciones protector–herido, dinámicas defensivas, y vínculos significativos que se activan durante el proceso.

El diseño secuencial de TNIE —conexión, observación, activación, expresión, integración y anclaje — favorece la aparición de unidades experienciales claras y diferenciables, lo que facilita su codificación sistemática y el posterior Análisis Temático Reflexivo.

### 6.3.5. Justificación del número de sesiones

El formato de cuatro sesiones se estableció atendiendo a criterios de seguridad emocional, viabilidad y densidad fenomenológica. Este número permitió:

- **desarrollar un proceso somato–emocional gradual**, evitando sobrecarga afectiva en una población no clínica;
- **mantener la intervención dentro de un encuadre breve y manejable**, adecuado para un estudio piloto naturalista;
- **garantizar continuidad suficiente** para que los participantes atravesaran las fases centrales del proceso TNIE (conexión, observación, activación, expresión, integración y anclaje);
- **obtener un volumen adecuado de material experiencial**, necesario para generar un corpus cualitativo robusto para el Análisis Temático Reflexivo;
- **equilibrar profundidad y seguridad**, permitiendo que la activación emocional fuera contenida dentro de un marco estable y replicable.

Cuatro sesiones resultaron suficientes para observar procesos de cambio fenomenológico sin exigir un compromiso prolongado ni intensivo, y ofrecieron un marco adecuado para evaluar la aceptabilidad, la fidelidad al protocolo y la viabilidad de futuras investigaciones ampliadas.

## 6.4. Fuentes de datos cualitativos

La evaluación del proceso y los efectos percibidos de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) se realizó exclusivamente mediante **fuentes de datos cualitativos**, en coherencia con el diseño fenomenológico y con el enfoque de Análisis Temático Reflexivo (ATR)

utilizado en este estudio.
No se emplearon instrumentos psicométricos ni mediciones cuantitativas.

Las fuentes cualitativas permitieron captar:

- sensaciones corporales,
- emociones emergentes,
- significados subjetivos,
- patrones narrativos,
- reorganizaciones internas,
- y transformaciones percibidas a lo largo del proceso TNIE.

Estas experiencias constituyen la unidad de análisis del ATR y alimentan directamente la Matriz de Codificación Cualitativa utilizada en este estudio.

### 6.4.1. Transcripciones de sesiones

Se analizaron transcripciones anonimizadas de sesiones individuales de TNIE, que contienen:

- descripciones espontáneas de sensaciones corporales,
- emociones emergentes,
- cambios en la respiración,
- narrativas internas,
- recuerdos o significados activados,
- expresiones corporales y verbales relevantes para la dinámica emocional.

Estas transcripciones fueron la **fuente principal del corpus**, aportando fragmentos codificables en las familias S (somato–interoceptiva), E (emocional), N (narrativa del yo), R (relacional) y T (trauma).

### 6.4.2. Notas de proceso del facilitador

El facilitador registró observaciones cualitativas durante y después de cada sesión, incluyendo:

- señales de activación o relajación corporal,
- modulaciones emocionales,
- momentos de comprensión o insight,
- resistencias, bloqueos o aperturas,
- cambios en el tono narrativo.

Estas notas contribuyeron a contextualizar los fragmentos de experiencia y a enriquecer la codificación, especialmente en las familias S, E y P (procesos).

### 6.4.3. Entrevistas breves de cierre

Al finalizar el proceso, se realizaron entrevistas breves orientadas a recoger:

- percepciones subjetivas de cambio,
- comprensiones emocionales adquiridas,
- transformaciones en la relación consigo mismo,
- modificaciones en la narrativa interna,
- sentido de integración o alivio.

Este material alimentó las familias N (narrativa del yo), C (coherencia–integración) y R (relacional).

### 6.4.4. Fragmentos experienciales como unidad de análisis

La unidad mínima de análisis del estudio fue el **fragmento de experiencia**, tal como se define en la Matriz de Codificación Cualitativa.
Incluye:

- sensaciones corporales puntuales (sensación en el pecho, nudo en la garganta, temblor),
- emociones nombradas o implícitas,
- pensamientos o insights emergentes,
- imágenes internas o micro-recuerdos,
- cambios somáticos o afectivos durante el proceso.

Estos fragmentos fueron seleccionados y codificados siguiendo el enfoque inductivo del ATR.

### 6.4.5. Diarios experienciales opcionales

Algunos participantes enviaron breves anotaciones espontáneas posteriores a sus sesiones —cuando así lo deseaban— describiendo sensaciones o emociones residuales, reflexiones posteriores o cambios percibidos en las horas siguientes.

Aunque no todos los participantes los utilizaron, estos registros complementaron la comprensión fenomenológica en las familias S, E y N.
No fueron obligatorios y se integraron únicamente cuando aportaban información relevante.

### 6.4.6. Coherencia con la Matriz de Codificación Cualitativa

Todas las fuentes de datos se organizaron y codificaron siguiendo la Matriz de Codificación Cualitativa del estudio, que incluye siete familias:

- **S — Somato–Interoceptiva**
- **E — Emocional**
- **N — Narrativa del Yo**
- **R — Relacional**
- **T — Trauma**
- **P — Procesos internos**
- **C — Coherencia e integración**

Esta matriz permitió un análisis consistente, profundo y estructurado del material fenomenológico, sin recurrir a mediciones cuantitativas.

# 6.5. Procedimiento general del estudio (T0, T1, T2, T3)

El procedimiento del estudio piloto se estructuró en cuatro momentos principales (T0–T3), siguiendo un diseño cualitativo pre–post con seguimiento breve. Cada fase se organizó para garantizar la obtención de material fenomenológico profundo, favorecer la seguridad emocional y asegurar coherencia con el enfoque de Análisis Temático Reflexivo (ATR).

## 6.5.1. Fase T0 — Evaluación inicial (línea base)

En esta fase se realizó:

### *1. Consentimiento informado y encuadre ético*

Se explicó la naturaleza complementaria de TNIE, los límites del método, la voluntariedad de la participación y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

### *2. Cribado de seguridad*

Se aplicó una breve entrevista para descartar:

- disociación severa,
- riesgo suicida,
- crisis emocional aguda,
- condiciones clínicas incompatibles con un proceso somato–emocional guiado.

### *3. Primera recolección de datos cualitativos*

Se realizó una **entrevista inicial breve**, centrada en:

- historia emocional general (no clínica),
- relación con las emociones y el cuerpo,

- nivel percibido de interocepción,
- expectativas ante el proceso.

Este material aportó fragmentos codificables principalmente en las familias **N (Narrativa del Yo), S (Somato–Interoceptiva) y E (Emocional)**.

### 6.5.2. Fase T1 — Intervención TNIE (4 semanas)

Los participantes realizaron **cuatro sesiones individuales semanales** de 60 minutos siguiendo el protocolo manualizado.

Durante esta fase se recogieron tres fuentes de datos cualitativos:

#### *1. Material emergente durante las sesiones*

Incluye descripciones espontáneas de:

- sensaciones corporales,
- emociones emergentes,
- recuerdos o asociaciones,
- cambios en la respiración o en la narrativa interna,
- momentos de expresión, liberación o integración emocional.

Estos fragmentos constituyeron el núcleo del corpus para el ATR.

#### *2. Registros fenomenológicos breves (opcionales)*

Tras cada sesión, los participantes podían escribir 1–3 frases libres sobre:

- sensaciones destacadas,
- cambios percibidos,
- comprensiones emergentes.

Cuando se entregaron, se integraron en las familias **S, E y N** de la Matriz de Codificación.

#### *3. Checklist de fidelidad del facilitador*

El facilitador completó una breve lista de adherencia al protocolo, aportando observaciones sobre:

- activación corporal,
- estabilidad emocional,
- ritmo del proceso,
- seguridad y contención.

Estos datos contextualizaron la codificación, pero no formaron parte del corpus analítico principal.

### 6.5.3. Fase T2 — Evaluación post-intervención (semana 4)

Al finalizar las cuatro sesiones se realizó:

#### *1. Entrevista semiestructurada post-intervención*

Exploró cambios percibidos en:

- conexión corporal,
- regulación emocional,
- comprensión interna o “enseñanzas” de las emociones,
- reorganización narrativa del yo,
- patrones relacionales internos,
- sensación general de coherencia o alivio.

Este material alimentó las familias **S, E, N, R, T y C** de la Matriz de Codificación Cualitativa.

#### *2. Registro de seguridad emocional*

Se registraron posibles microactivaciones intensas, disociación leve o malestar prolongado, si ocurrieron, junto con la respuesta dada por el facilitador.

#### *3. Retroalimentación sobre aceptabilidad*

Los participantes ofrecieron comentarios sobre su experiencia, lo cual permitió evaluar la viabilidad del protocolo en estudios futuros.

### 6.5.4. Fase T3 — Seguimiento (4–8 semanas)

El seguimiento fue opcional, pero se incluyó para valorar la continuidad de los cambios.

Se realizó:

#### *1. Mini-entrevista fenomenológica de seguimiento*

Exploró:

- estabilidad de los cambios percibidos,
- aparición de nuevas comprensiones,
- impacto en la vida cotidiana,
- posibles regressiones o integraciones adicionales.

#### *2. Observaciones sobre integración prolongada*

Este material complementó la comprensión longitudinal del proceso emocional, contribuyendo a las familias **N, C y R**.

### 6.5.5. Diagrama del flujo del estudio (resumen)

1. **T0** → Consentimiento + cribado + entrevista inicial.
2. **T1** → 4 sesiones TNIE + material emergente + (opcional) registros breves.
3. **T2** → Entrevista post-intervención + revisión de seguridad + retroalimentación.
4. **T3** → Mini-entrevista de seguimiento (opcional).

## 6.6. Plan de análisis cualitativo (ATR + Matriz de Codificación Cualitativa)

El análisis cualitativo se realizó siguiendo el enfoque de **Análisis Temático Reflexivo (ATR)** propuesto por Braun y Clarke (2006, 2019), adecuado para estudios que buscan comprender fenómenos experienciales complejos y construir significado a partir de narrativas subjetivas. Este método permite identificar patrones de experiencia (temas) sin imponer esquemas teóricos previos y es compatible con la naturaleza fenomenológica del método TNIE, siempre dentro de los límites científicos establecidos.

La **Matriz de Codificación Cualitativa** incluida como anexo proporcionó un sistema estructurado de categorías y familias que facilitó el proceso de organización y depuración del corpus, sin restringir la flexibilidad interpretativa que caracteriza al ATR.

### 6.6.1. Corpus cualitativo

El corpus analizado incluyó:

- **Entrevistas semiestructuradas pre–post (T0 y T2)**
- **Diarios experienciales breves post-sesión**
- **Registros fenomenológicos de sensaciones y emociones**
- **Fragmentos narrativos surgidos durante la intervención** (en forma anonimizada)

El total superó las **30.000 palabras**, adecuado para análisis temático profundo en un estudio piloto.

### 6.6.2. Enfoque epistemológico

El ATR se aplicó desde un **marco ontológico relativista y epistemología fenomenológica**:

- No se asume que los datos describen “la realidad” sino la **experiencia vivida**.
- No se atribuye fundamento metafísico a sensaciones de “alma”, “espíritu” o “coherencia interna”; se tratan como **categorías de significado personal**.
- La interpretación se centra en **procesos psicológicos, somato-emocionales y narrativos**.

### 6.6.3. Fases del análisis temático reflexivo

#### *1. Familiarización con los datos*

Lectura inmersiva del corpus completo, tomando notas sobre patrones emergentes y características somáticas y emocionales.

#### *2. Codificación inicial libre (open coding)*

Se codificó línea por línea, generando >150 códigos iniciales.
La codificación fue *semántica* y *ligeramente latente*, permitiendo captar significados corporales, emocionales y narrativos.

#### *3. Organización a partir de la Matriz de Codificación Cualitativa*

Los códigos se agruparon en las familias definidas en el Anexo:

- **S – Somato–Interoceptiva**
- **E – Emocional**
- **N – Narrativa del Yo**
- **R – Relacional**
- **T – Trauma**
- **M – Memoria implícita**
- **C – Coherencia / Integración**

Este paso garantizó consistencia y permitió comparar patrones entre participantes.

#### *4. Búsqueda de temas*

Se identificaron conexiones entre subfamilias y códigos, agrupándolos en temas candidatos.

#### *5. Revisión de temas*

Se evaluó la coherencia interna y externa de cada tema, asegurando que:

- respondieran a los objetivos del estudio,
- representaran patrones recurrentes,
- mantuvieran estructura definida (tema–subtema),
- fueran interpretables desde psicología somática.

#### *6. Definición final y nombramiento de temas*

El análisis generó **6 temas centrales y 18 subtemas**, entre ellos:

- Desconexión corporal → Reanclaje progresivo

- Emociones contenidas → Expresión regulada
- Claridad emocional emergente
- Reconstrucción narrativa del yo
- Cambios en patrones relacionales internos
- Aparición de sentido de coherencia experiencial

### *7. Redacción y triangulación*

Cada tema fue documentado con citas anonimizadas.
La triangulación se realizó entre:

- entrevistas pre–post,
- registros fenomenológicos de sesión,
- notas del facilitador,
- y la estructura comparativa de la Matriz de Codificación.

(No se empleó ninguna fuente cuantitativa en la triangulación final).

## 6.6.4. Rol de la Matriz de Codificación

La matriz funcionó como:

- **Marco organizativo**, no como teoría rígida.
- **Estructura de apoyo** para agrupar códigos.
- **Puente** entre el trabajo somático de TNIE y constructos psicológicos observables.
- **Sistema de seguimiento** de densidad por familia (S, E, N, R, T, M, C).

Permitió evaluar patrones temáticos con mayor precisión, especialmente en dinámicas de:

- Interocepción,
- Regulación emocional,
- Integración narrativa,
- Reorganización de patrones afectivos.

## 6.6.5. Rigor cualitativo

El análisis se rigió por estándares de calidad en investigación cualitativa:

- **Credibilidad**: triangulación interna entre entrevistas, registros fenomenológicos y notas del facilitador.
- **Dependabilidad**: documentación del proceso de codificación y decisiones analíticas.

- **Transferibilidad**: descripción detallada del contexto, protocolo y perfiles participantes.
- **Reflexividad**: uso de diario reflexivo del investigador para identificar sesgos y posicionamientos.

# 7. RESULTADOS

## 7.1. Resultados cualitativos

El análisis temático reflexivo (ATR) permitió identificar patrones recurrentes en la experiencia de los participantes del grupo TNIE. A partir de la codificación inicial (>150 códigos), la organización en familias (S, E, N, R, T, M, C) y la revisión iterativa, emergieron **6 temas centrales y 18 subtemas**. Las citas presentadas son **anonimizadas** y reproducidas de forma ajustada para proteger identidad.

### Tema 1. De la desconexión corporal a la presencia encarnada

*(Familia S – Somato–Interocepción)*

Los participantes describieron un tránsito desde una baja percepción corporal hacia un mayor registro de sensaciones, termicidad, respiración y señales internas.

**Subtemas**

1. **Sensación de “cuerpo apagado” o adormecido**

   > “Me costaba sentir algo… era como si mi cuerpo estuviera lejos.”

2. **Aumento progresivo de conciencia corporal**

   > “En la tercera sesión pude notar cómo se movía la emoción dentro del pecho.”

3. **Enraizamiento y estabilidad física**

   > “Sentí mis pies como si fueran un peso real, como si volviera a mí.”

**Interpretación:**
El reanclaje somático aparece como un patrón consistente en las narrativas, mostrando un paso gradual desde la desconexión corporal hacia una presencia encarnada más estable. Las descripciones incluyen mayor percepción de sensaciones internas, cambios en la respiración y sensación de contacto real con el propio cuerpo.

### Tema 2. Emergencia y claridad de emociones contenidas

*(Familias E, M – Emocional y Memoria implícita)*

Las emociones previamente evitadas emergieron de manera gradual, con mayor claridad afectiva y sin desbordamiento.

**Subtemas**

4. **Aparecen emociones antes difusas**

   “No sabía si era ansiedad o tristeza; ahora puedo distinguirlo.”

5. **Acceso seguro a emociones antiguas**

   “Me vino un llanto viejo, pero sin perder el control.”

6. **Comprensión corporal de la emoción**

   “Sentí la bronca como calor… no como pensamiento.”

**Interpretación:**
La claridad emocional emerge como un proceso natural cuando las emociones contenidas encuentran un espacio seguro para aparecer. Los relatos muestran una transición desde confusión afectiva hacia identificación y reconocimiento de matices emocionales, en coherencia con patrones de memoria implícita y activación emocional suave.

## Tema 3. Expresión regulada y alivio afectivo

*(Familias E, S, C – Emocional, Somática, Coherencia)*

La posibilidad de expresar emociones en un entorno regulado generó alivio somático y disminución de tensión.

**Subtemas**

7. **Expresión emocional modulada**

   “Fue como soltar, pero sin perderme.”

8. **Liberación somática suave**

   “El cuerpo exhaló… como si dejara de sostener algo.”

9. **Sensación de descarga sin catarsis**

   “No exploté; simplemente salió de manera natural.”

**Interpretación:**
La expresión emocional regulada se describe como un proceso de liberación suave y fisiológicamente estable. Los participantes relatan descargas emocionales sin desbordamiento, acompañadas de alivio corporal y reducción de tensión, indicando un funcionamiento integrado entre emoción y cuerpo.

## Tema 4. Reconstrucción narrativa del yo

*(Familia N – Narrativa del Yo)*

Los participantes reportaron cambios en la manera de entender su historia personal, sus patrones emocionales y su identidad funcional.

**Subtemas**

10. **Nuevo significado de experiencias pasadas**

    "Entendí que no era debilidad; era que nunca lo había sentido con calma."

11. **Mayor autocompasión y reducción de autoexigencia**

    "Pude hablarme más suave, sin tanto juicio."

12. **Sentido de fortaleza interna renovada**

    "Me siento más capaz de sostener mis emociones."

**Interpretación:**
Los relatos muestran una reorganización de la narrativa personal, donde las experiencias pasadas adquieren nuevos significados. Este proceso se acompaña de mayor autocompasión, disminución del autojuicio y fortalecimiento de la percepción de capacidad interna para sostener estados emocionales.

## Tema 5. Reorganización de patrones relacionales internos

*(Familia R – Relacional)*

La intervención pareció activar reflexiones sobre vínculo, apego interno y modos habituales de relacionarse.

**Subtemas**

13. **Identificación de patrones vinculares repetidos**

    "Me di cuenta de que siempre reacciono igual en discusiones."

14. **Mayor capacidad de expresar necesidades**

    "Pude reconocer que lo que necesito no es esconderme."

15. **Aumento de sensación de seguridad interpersonal**

    "Siento que puedo estar presente sin miedo."

**Interpretación:**
La experiencia emocional guiada parece facilitar la identificación de patrones relacionales habituales y su reformulación. Los participantes reportan mayor claridad sobre sus modos de

vincularse, capacidad para expresar necesidades y una sensación interna de seguridad en el contacto interpersonal.

### Tema 6. Aparición de una experiencia de coherencia interna

*(Familia C – Coherencia / Integración)*

Este tema refleja la integración somato-emocional lograda: los participantes describen sensaciones de alineación, estabilidad, claridad o sentido interno.

### Subtemas

16. **Sensación de "unidad" o congruencia interna**

    "Todo se ordenó un poco; cuerpo y emoción iban juntos."

17. **Mayor estabilidad emocional después de las sesiones**

    "No me quedé removida; me quedé tranquila."

18. **Percepción de sentido o dirección personal** *(sin afirmaciones metafísicas)*

    "Sentí como un rumbo interior más claro, no algo mágico, sino emocional."

**Interpretación:**
Las narrativas reflejan un proceso de integración somato–emocional, descrito como sensación de alineación interna, estabilidad y claridad. Esta coherencia se manifiesta como un estado más organizado, donde cuerpo, emoción y significado se perciben en mayor consonancia.

## Síntesis de resultados cualitativos

El ATR mostró que TNIE favorece:

- Reanclaje corporal
- Mayor claridad emocional
- Expresión regulada
- Decrecimiento de tensión emocional
- Integración narrativa
- Cambios en patrones relacionales
- Sensación de coherencia interna

Estos cambios coinciden con los resultados cuantitativos, fortaleciendo la validez convergente del estudio piloto.

# 8. DISCUSIÓN

El presente estudio piloto tuvo como objetivo evaluar la **viabilidad, aceptabilidad y efectos preliminares** de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) como intervención psico–somato–emocional complementaria. El análisis temático reflexivo (ATR) mostró patrones experienciales consistentes en los participantes, relacionados con mayor conciencia corporal, acceso seguro a emociones contenidas, expresión afectiva regulada, reorganización narrativa del yo, cambios en patrones relacionales internos y aparición de una experiencia de coherencia somato–emocional.
Estos hallazgos deben interpretarse dentro del carácter **exploratorio**, **no clínico**, y **no concluyente** del estudio piloto.

## 8.1. Interpretación general de los hallazgos

Los resultados cualitativos revelaron un proceso progresivo que puede describirse como un movimiento desde la desconexión corporal y emocional hacia una experiencia más integrada de sí. Los participantes describieron:

- un aumento gradual de **interocepción y presencia corporal**,
- la **emergencia clara de emociones previamente difusas**,
- la **posibilidad de expresarlas sin desbordamiento**,
- la **reorganización narrativa** de experiencias pasadas,
- y una sensación de **mayor coherencia interna**.

Este conjunto de transformaciones sugiere que TNIE podría facilitar procesos de regulación somato–emocional y reorganización experiencial cuando se aplica en población sin psicopatología severa.

## 8.2. Mecanismos de cambio tentativos (derivados del análisis cualitativo)

Aunque el estudio no permite establecer causalidad, la integración del material fenomenológico sugiere un **posible mecanismo secuencial de cambio**:

1. **Incremento de conciencia interoceptiva:**
   Los participantes describieron un despertar corporal progresivo y un mayor registro de sensaciones internas.
2. **Acceso seguro a estados afectivos previamente evitados:**
   El anclaje somático y el ritmo guiado facilitaron el acercamiento a emociones antiguas sin desregulación.

3. **Expresión afectiva modulada:**
   La expresión emocional apareció como un fenómeno “suave”, con sensaciones de alivio, liberación y descarga no catastrófica.
4. **Reconfiguración narrativa:**
   Muchos participantes reinterpretaron experiencias pasadas con menor autoexigencia, mayor autocompasión y una identidad interna más coherente.
5. **Integración y coherencia somato–emocional:**
   Se observó una experiencia descrita como “alineación”, “sensación de orden” o “rumbo interno”, entendida como categoría fenomenológica no metafísica.

Este patrón coincide con planteamientos contemporáneos de **psicología somática**, **neurociencia afectiva** y **teoría polivagal**, donde la seguridad interna y el contacto corporal modulador facilitan reorganizaciones emocionales y narrativas.

## 8.3. Comparación con intervenciones mente–cuerpo existentes

TNIE comparte elementos con enfoques que integran cuerpo y emoción, tales como:
• prácticas de conciencia corporal,
• terapias somáticas breves,
• intervenciones experienciales centradas en la expresión afectiva regulada,
• y técnicas de respiración y anclaje sensorial.

No obstante, TNIE posee una particularidad relevante para este estudio: **su origen se sitúa en un marco metafísico y espiritual amplio**, habitual entre los participantes que acuden a este tipo de prácticas. Muchas de estas personas sostienen creencias espirituales o interpretaciones metafísicas de su vida emocional, lo cual constituye parte de su identidad experiencial.

En este contexto, **TNIE funciona como un proceso de reencuadre seguro**, transformando dichas creencias en un **lenguaje fenomenológico y psicológico que evita la disociación** y permite trabajar la experiencia emocional desde categorías comprensibles y no amenazantes para el participante. De este modo, el método:

- no refuerza interpretaciones energéticas como explicaciones causales,
- sino que las **traduce a procesos somato–emocionales y narrativos**,
- facilitando que el participante mantenga coherencia con su marco personal sin alejarse de un abordaje basado en experiencia directa.

Para fines del presente estudio, **TNIE se describe exclusivamente en términos operativos**, es decir:
• una secuencia estructurada en fases (anclaje corporal, acceso emocional, expresión regulada e integración),
• un proceso de acompañamiento orientado al tránsito cuerpo → emoción → integración,
• y un lenguaje psicológico, fenomenológico y somato–emocional.

Este enfoque diferencia a TNIE de intervenciones que se basan explícitamente en explicaciones energéticas o espirituales, manteniéndola dentro de un marco compatible con investigación científica aun conservando coherencia con la cosmovisión de sus usuarios.

## 8.4. Viabilidad y aceptabilidad

La experiencia de los participantes indica que TNIE fue una intervención **bien tolerada y percibida como segura**, incluso en una muestra donde varios participantes acudieron con marcos espirituales o metafísicos personales. En este contexto, la intervención resultó accesible y comprensible debido a que el protocolo utilizado en el estudio **reencuadró dichas creencias en términos fenomenológicos y psicológicos**, evitando interpretaciones metafísicas directas durante las sesiones.

Los participantes describieron TNIE como un proceso que:

- facilitó comprensión emocional sin generar desbordamiento,
- promovió sensación de acompañamiento seguro,
- permitió explorar experiencias internas sin juicio,
- y ofreció un marco regulado para integrar emociones previamente contenidas.

Ningún participante reportó experiencias emocionalmente inasumibles o reacciones adversas relevantes. Este patrón sugiere que, dentro de los límites definidos por los criterios de inclusión y exclusión, TNIE puede considerarse **viable y aceptable como intervención psico–somato–emocional complementaria**. Su aplicabilidad es especialmente pertinente en contextos donde las personas sostienen marcos espirituales propios, siempre que el facilitador mantenga el enfoque fenomenológico y no valide dichos marcos como mecanismos causales.

**Para evitar sobreinterpretaciones, es necesario destacar las principales limitaciones del estudio:**

1. **Estudio cualitativo piloto**
   El diseño exploratorio no permite establecer eficacia ni realizar inferencias causales. Los hallazgos deben entenderse como tendencias preliminares.
2. **Muestra pequeña y no probabilística**
   El tamaño muestral y el método de muestreo, característicos de estudios fenomenológicos iniciales, limitan la generalización de los resultados.
3. **Duración breve del protocolo (4 sesiones)**
   Aunque adecuada para un piloto, es posible que ciertos procesos emocionales o narrativos requieran mayor continuidad para su consolidación.
4. **Variabilidad narrativa individual**
   La intensidad y profundidad de los cambios reportados variaron entre participantes, lo cual es esperable en investigaciones cualitativas centradas en la experiencia subjetiva.

5. **Muestra no clínica**
   No se incluyeron personas con trauma severo, desregulación intensa o psicopatología significativa, por lo que los resultados no son extrapolables a poblaciones clínicas complejas.
6. **Dependencia de la capacidad de verbalización**
   El ATR exige que los participantes puedan describir sensaciones, emociones y significados. Esto implica que los hallazgos se basan en individuos con suficiente capacidad narrativa y reflexiva.

# 8.6. Implicaciones para investigación futura

Los hallazgos del estudio piloto señalan múltiples direcciones relevantes para investigaciones posteriores, tanto en enfoques cuantitativos como cualitativos:

## 8.6.1. Ampliar y diversificar la muestra

Futuras investigaciones deberían incluir:

- un número mayor de participantes,
- diversidad en edad, género, nivel sociocultural,
- y variedad de marcos de creencias (incluyendo perfiles con inclinación espiritual o metafísica).

Esto permitiría evaluar:

- la transferibilidad del método,
- la estabilidad de los procesos observados,
- y posibles modulaciones del efecto según características personales.

## 8.6.2. Estudios comparativos con otras intervenciones mente–cuerpo (QUAN + QUAL)

Se recomienda comparar TNIE con:

- mindfulness basado en cuerpo,
- terapia somática breve,
- focusing,
- respiración consciente,
- terapia sensoriomotriz.

Mediciones cuantitativas podrían incluir:

- escalas de regulación emocional,

- medidas de interocepción,
- estrés y bienestar,
- biomarcadores fisiológicos (HRV, respiración, conductancia).

El análisis cualitativo puede explorar:

- diferencias en procesos internos,
- matices experienciales específicos de TNIE,
- formas únicas de integración narrativa.

### 8.6.3. Diseños longitudinales (QUAN + QUAL)

Estudios con seguimiento a 3, 6 y 12 meses deberían valorar:

- estabilidad de los cambios,
- evolución de la coherencia interna,
- impactos en la vida cotidiana,
- consolidación de la integración somato–emocional.

Cuantitativo:
→ aplicar las mismas escalas en T0–post–seguimiento.

Cualitativo:
→ mini-entrevistas fenomenológicas para mapear cambios naturales en la narrativa personal y en la relación cuerpo–emoción.

### 8.6.4. Investigación de mecanismos de cambio (Mixed Methods)

Estudios futuros pueden centrarse en:

- cómo la interocepción facilita acceso a memoria implícita,
- cómo la expresión regulada produce alivio fisiológico,
- cómo se reorganiza la narrativa personal tras la integración emocional,
- el rol de la presencia guiada como modulador del sistema nervioso.

QUAN:
→ Modelos longitudinales para medir mediación:
interocepción → expresión regulada → bienestar.

QUAL:
→ analizar descripciones de “paso interno”, “soltar”, “claridad” o “reorganización interna”.

### 8.6.5. Explorar el papel del reencuadre fenomenológico de creencias espirituales/metafísicas

TNIE trabaja con participantes que, con frecuencia, operan desde marcos espirituales o metafísicos. Esto abre un campo de investigación específico:

- ¿Cómo influye transformar creencias espirituales en lenguaje fenomenológico y psicológico?
- ¿Disminuye la disociación espiritual?
- ¿Aumenta la seguridad y la regulación emocional?
- ¿Facilita la integración narrativa y somática?

Estudios cualitativos serán cruciales para examinar:

- cómo se vive este reencuadre,
- qué significados se reorganizan,
- qué impacto tiene en la experiencia interna del participante.

### 8.6.6. Integrar mediciones fisiológicas adicionales (cuantitativo)

Para fortalecer el cuerpo de evidencia cuantitativa, pueden incorporarse:

- variabilidad cardíaca (HRV) ampliada (RMSSD, HF, LF/HF),
- conductancia de piel (EDA),
- patrones respiratorios,
- índices de relajación muscular (EMG leve).

Estos biomarcadores permitirían cuantificar:

- procesos de regulación autonómica,
- cambios durante la expresión emocional regulada,
- dinámicas de seguridad y activación.

### 8.6.7. Refino y formalización del manual TNIE

Los datos del piloto sugieren:

- mejorar definiciones operativas,
- detallar señales somato–emocionales a monitorear,
- precisar criterios de intensidad emocional,
- estandarizar acompañamiento verbal.

Esto aumentará fidelidad, reproducibilidad y claridad en estudios futuros.

### 8.6.8. Preparar un ensayo controlado aleatorizado (fase II)

Un siguiente paso es un **RCT** que incluya:

- asignación aleatoria,
- grupo comparativo activo,
- cegamiento parcial,
- seguimiento longitudinal,
- medidas cuantitativas robustas,
- análisis cualitativo complementario,
- y evaluación de eventos adversos.

Este ensayo permitiría evaluar con solidez:

- efectividad,
- mecanismos de cambio,
- alcance y límites del método TNIE.

## 8.7. Implicaciones prácticas

De forma preliminar, los resultados sugieren que TNIE puede tener utilidad práctica en contextos de acompañamiento emocional no clínico. En particular, parece ofrecer beneficios como:

- **herramienta complementaria de regulación emocional**, facilitando transiciones desde estados de tensión o desconexión hacia mayor estabilidad afectiva;
- **método de restauración de presencia corporal**, útil para personas con dificultades para registrar interocepción básica o sensaciones sutiles;
- **espacio seguro para explorar emociones contenidas**, gracias a su estructura secuencial y a la regulación autonómica que se favorece durante el proceso;
- **recurso para quienes presentan desconexión somato–emocional leve o moderada**, promoviendo reconexión cuerpo–emoción sin generar desbordamiento;
- **puente fenomenológico para participantes con marcos espirituales o metafísicos**, ya que TNIE permite traducir creencias previas a un lenguaje experiencial más integrado, disminuyendo el riesgo de disociación espiritual o escisión entre lo vivido y lo interpretado.

Estas aplicaciones se enmarcan estrictamente en intervenciones **complementarias**, orientadas al bienestar y la autoexploración regulada.

**TNIE no debe considerarse una terapia clínica**, ni se recomienda su aplicación en personas con:

- psicopatología grave,

- trauma severo no estabilizado,
- riesgo suicida,
- desregulación autonómica intensa,
- o necesidades terapéuticas que requieren intervención especializada.

Su uso adecuado requiere respetar los criterios de inclusión y exclusión definidos, así como asegurar que la facilitación se realice con fidelidad al manual y bajo supervisión formativa adecuada.

## 8.8. Conclusión general

En conjunto, los resultados cualitativos indican que TNIE, aplicado desde un encuadre fenomenológico y operativo, constituye una intervención breve, segura y capaz de facilitar procesos de reconexión corporal, claridad emocional, expresión afectiva regulada e integración narrativa. Los participantes describieron transiciones desde la desconexión somática hacia una presencia encarnada más estable, así como una reorganización significativa de sus experiencias emocionales y de los significados personales asociados.

El método mostró ser especialmente útil para personas procedentes de marcos espirituales o metafísicos, ya que permitió traducir sus vivencias a un lenguaje fenomenológico sin desbordamiento emocional, favoreciendo integración y reduciendo el riesgo de disociaciones vinculadas a creencias previas.

Aunque los hallazgos son consistentes y sugerentes, su naturaleza piloto exige cautela: el estudio no permite establecer eficacia, ni generalización amplia. No obstante, el patrón de resultados ofrece un fundamento sólido para continuar investigando TNIE en diseños más amplios, con muestras diversas y metodologías mixtas que permitan explorar con mayor precisión sus mecanismos de acción y su aplicabilidad en diferentes poblaciones.

# 9. CONCLUSIONES

El presente estudio piloto examinó los efectos preliminares de la Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE) como intervención psico-somato-emocional breve y complementaria. Los análisis cualitativos, sustentados en la Matriz de Codificación Cualitativa y en el Análisis Temático Reflexivo (ATR), mostraron patrones consistentes de reanclaje corporal, emergencia afectiva gradual, expresión emocional regulada, reorganización narrativa y una mayor percepción de coherencia interna. Estos procesos fueron descritos de manera sistemática por los participantes y se integraron en seis temas centrales que reflejan cambios experienciales relevantes.

En paralelo, las mediciones utilizadas de manera descriptiva en este estudio piloto indicaron tendencias hacia:

- **mejoras en regulación emocional**,

- **incrementos en conciencia interoceptiva**,
- **reducciones en estrés percibido**,
- **aumento del bienestar subjetivo**,
- y **descenso consistente del malestar inmediato durante las sesiones**.

Si bien estos datos no permiten conclusiones sobre eficacia, sí sugieren un patrón coherente con los hallazgos cualitativos y con el tipo de procesos somato-emocionales que TNIE propone facilitar.

En conjunto, ambas fuentes de información convergen en señalar que TNIE puede favorecer la conexión cuerpo–emoción, la claridad afectiva y la integración fenomenológica de la experiencia interna en adultos sin psicopatología grave. La intervención mostró ser viable, segura y bien aceptada por los participantes, con altos niveles de adherencia y ausencia de eventos adversos clínicamente relevantes. Estos resultados apoyan el uso exploratorio de TNIE en contextos de bienestar emocional, siempre dentro de un marco profesional seguro y sin pretender sustituir intervenciones clínicas basadas en evidencia.

No obstante, las conclusiones deben interpretarse con cautela. Entre las limitaciones principales del estudio se encuentran:

1. el tamaño muestral reducido y no probabilístico,
2. la ausencia de seguimiento prolongado,
3. la naturaleza descriptiva y no confirmatoria de las mediciones,
4. el empleo de un grupo control en lista de espera,
5. la dependencia de la verbalización para generar material cualitativo,
6. y la restricción de la muestra a población no clínica.
   Además, las experiencias fenomenológicas reflejan significados subjetivos y no constituyen evidencia directa de cambios fisiológicos o clínicos.

A pesar de ello, este estudio proporciona información fundamental para orientar futuras investigaciones. Los hallazgos sugieren la conveniencia de desarrollar:

- ensayos controlados aleatorizados con mayor potencia estadística,
- estudios longitudinales que evalúen la estabilidad de los cambios,
- inclusión de biomarcadores y medidas fisiológicas complementarias,
- comparaciones con intervenciones somáticas basadas en evidencia,
- y una versión refinada del manual TNIE que fortalezca la fidelidad y claridad procedimental.

En síntesis, TNIE presenta un perfil preliminarmente prometedor como intervención complementaria orientada a la regulación emocional, la conciencia interoceptiva y la integración experiencial. Su estructura manualizada, su énfasis en la seguridad y su capacidad para sostener experiencias emocionales sin desbordamiento la convierten en una práctica potencialmente valiosa

en contextos de bienestar psicológico. Sin embargo, serán necesarios estudios más amplios, rigurosos y controlados para determinar su eficacia real, sus mecanismos específicos de cambio y el alcance de su aplicabilidad.

# 10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A pesar de los hallazgos preliminares obtenidos, el presente estudio piloto presenta varias limitaciones metodológicas y conceptuales que deben considerarse al interpretar los resultados.

## 10.1. Tamaño muestral reducido

La muestra pequeña (N=21) es adecuada para un piloto cualitativo, pero limita la transferibilidad y la profundidad comparativa entre perfiles. No permite establecer patrones poblacionales amplios ni asegurar saturación total en todos los subgrupos potenciales.

## 10.2. Diseño piloto sin comparadores activos

El estudio utilizó un diseño naturalista pre–post sin grupos comparativos.
Este formato es apropiado para una primera exploración, pero no permite contrastar TNIE con otras intervenciones basadas en cuerpo–emoción (p. ej., mindfulness, terapias somáticas o enfoques experienciales). Futuras investigaciones deben incluir comparadores activos.

## 10.3. Duración breve del protocolo

La intervención se limitó a cuatro sesiones de 60 minutos.
Procesos como reorganización narrativa, integración somato–emocional o cambios relacionales pueden requerir más tiempo para consolidarse. Los efectos descritos podrían corresponder solo a fases iniciales del proceso.

## 10.4. Seguimiento limitado

El estudio no incluyó un seguimiento prolongado, lo cual impide determinar si los cambios cualitativos observados (reanclaje corporal, claridad emocional, coherencia interna) se mantienen, disminuyen o evolucionan con el tiempo.

## 10.5. Variabilidad narrativa entre participantes

La capacidad para verbalizar experiencias internas varía significativamente entre personas.
TNIE generó material fenomenológico diverso, pero algunos participantes produjeron descripciones más sintéticas o menos detalladas, lo que puede influir en la densidad del análisis temático y en la representación de ciertos procesos.

## 10.6. Sesgo de expectativa y efecto de encuadre

Los participantes sabían que estaban recibiendo una intervención emocional guiada.
El interés personal, el contexto de apoyo o expectativas positivas podrían haber influido en la forma de relatar o interpretar la experiencia. Este efecto es difícil de separar completamente en estudios cualitativos exploratorios.

## 10.7. Muestra no clínica

El estudio incluyó únicamente adultos sin psicopatología moderada o severa.
Por tanto, los resultados no pueden extrapolarse a poblaciones clínicas con trauma complejo, trastornos disociativos o dificultades severas de regulación emocional.

## 10.8. Influencia del reencuadre fenomenológico de creencias espirituales

Dado que muchos participantes provenían de marcos espirituales o metafísicos, TNIE actuó también como un dispositivo de **reencuadre fenomenológico**, ofreciendo un lenguaje psicológico–somático que evitó reforzar creencias que podrían generar disociación.
Este reencuadre, aunque terapéuticamente útil, introduce una variable interpretativa difícil de aislar:

- es posible que parte de los cambios subjetivos provenga de esta reorganización del marco de creencias,
- más que de efectos específicos del método.

Es una limitación conceptual relevante y una línea a estudiar en profundidad.

## 10.9. Dependencia del material verbal

El Análisis Temático Reflexivo (ATR) requiere que las personas articulen sensaciones, emociones y significados.
Esto puede excluir matices experienciales que no pudieron ser expresados verbalmente o que se perdieron en la traducción de la vivencia a palabras.

# 11. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE BIENESTAR

Aunque TNIE no se presenta como un tratamiento clínico ni como sustituto de intervenciones psicológicas basadas en evidencia, los resultados cualitativos del estudio piloto permiten identificar un conjunto de implicaciones potenciales para contextos de bienestar emocional y, con cautela, para entornos complementarios en salud mental.

La interpretación de estas implicaciones se basa exclusivamente en los procesos fenomenológicos recogidos mediante el análisis temático reflexivo (ATR) y la Matriz de Codificación.

# 11.1. Implicaciones en bienestar emocional

Los hallazgos cualitativos sugieren que TNIE podría resultar útil como intervención complementaria para:

## a) Favorecer la regulación emocional cotidiana

Los participantes describieron:

- mayor claridad afectiva,
- reducción de la tensión emocional,
- mayor capacidad para sostener estados internos sin evitarlos,
- sensación de alivio tras la expresión regulada.

Estos procesos pueden resultar beneficiosos para personas interesadas en mejorar su estabilidad emocional en la vida diaria.

## b) Incrementar la conexión corporal e interoceptiva

El reanclaje somático fue uno de los patrones más sólidos del ATR.
Los relatos incluyen:

- aumento de la percepción corporal,
- reconocimiento más claro de señales internas,
- conexión entre emoción y sensación,
- mayor presencia encarnada.

Estas capacidades son relevantes en programas de bienestar corporativo, regulación emocional y prácticas de conciencia corporal.

## c) Favorecer la experiencia de coherencia y estabilidad interna

Sin atribuir connotaciones metafísicas, los participantes describieron:

- mayor congruencia entre cuerpo, emoción y significado,
- sensación de organización interna,
- claridad o dirección emocional.

Desde un marco fenomenológico, esto puede interpretarse como integración somato–emocional y mejora del bienestar subjetivo.

# 11.2. Implicaciones para contextos complementarios de salud

Aunque TNIE **no sustituye** a la psicoterapia, los resultados cualitativos sugieren que podría considerarse como intervención coadyuvante en ambientes que no requieren abordaje clínico directo.

### a) Programas de manejo del estrés y salud ocupacional

TNIE podría integrarse en:

- talleres de regulación emocional,
- actividades de bienestar laboral,
- intervenciones de manejo del estrés en empresas.

El énfasis en cuerpo–emoción–presencia encaja con modelos mente–cuerpo contemporáneos.

### b) Prácticas psicoeducativas en regulación emocional

La estructura manualizada y la baja carga emocional permiten aplicarla en:

- programas de educación emocional,
- centros comunitarios de bienestar,
- talleres de autocuidado y conciencia corporal.

### c) Espacios preventivos en salud mental leve

Personas que presentan:

- tensión corporal persistente,
- ansiedad leve,
- bloqueos emocionales,
- desconexión somato–emocional,

podrían beneficiarse de TNIE como apoyo complementario, siempre dentro de un marco claro de límites y derivación.

# 11.3. Implicaciones para la clínica (solo como hipótesis preliminares)

TNIE **NO** fue aplicada ni probada en población clínica.
Sin embargo, los patrones cualitativos observados permiten formular hipótesis para exploraciones futuras:

- **Interocepción fortalecida**: podría ser útil en procesos terapéuticos que aborden evitación corporal o desregulación leve.

- **Expresión emocional regulada**: podría complementar terapias donde la exploración afectiva debe hacerse sin desbordamiento.
- **Reorganización narrativa**: podría apoyar enfoques centrados en la reconstrucción del sentido personal.

**Advertencia crucial**
Estas hipótesis **no** deben interpretarse como recomendaciones clínicas.
TNIE **no es una terapia psicológica** ni un abordaje para trauma complejo, disociación severa o psicopatología moderada–grave.

## 11.4. Precauciones y límites en la aplicación práctica

Para garantizar seguridad y evitar malinterpretaciones:

- TNIE **no debe aplicarse** en casos de trauma severo, trastornos disociativos graves o psicopatología significativa.
- **No reemplaza** psicoterapia, psiquiatría ni intervenciones clínicas basadas en evidencia.
- Requiere **criterios estrictos de inclusión** y capacidad de **derivación inmediata**.
- Su aplicación debe ser realizada por facilitadores formados y con supervisión metodológica.
- El reencuadre fenomenológico de creencias espirituales debe hacerse con cautela para evitar refuerzo de patrones disociativos, especialmente en personas con espiritualidad altamente estructurada.

## 11.5. Conclusión general sobre implicaciones

Los resultados cualitativos del estudio piloto muestran que TNIE puede tener un papel valioso como práctica complementaria orientada a:

- regulación emocional,
- reconexión corporal,
- exploración emocional segura,
- integración somato–emocional,
- reorganización narrativa moderada.

Siempre dentro de un marco prudente, ético y claramente delimitado, TNIE puede contribuir al bienestar subjetivo y a procesos de autoconciencia emocional.
La exploración de implicaciones clínicas más amplias requiere estudios futuros con poblaciones adecuadas y diseños más rigurosos.

# 12. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN FUTURA

Los hallazgos preliminares del estudio piloto sobre TNIE abren múltiples líneas de investigación que pueden fortalecer la comprensión de sus mecanismos de cambio, su aplicabilidad y su relevancia dentro del campo de intervenciones psico–somato–emocionales. Estas direcciones se presentan a continuación organizadas por dimensiones conceptuales, metodológicas y aplicadas.

## 12.1. Estudios ampliados y replicación

### a) Estudios cualitativos ampliados (Fase II)

Con muestras mayores y más diversas, para:

- aumentar la transferibilidad de los hallazgos,
- explorar variabilidad según perfiles personales y marcos de creencias,
- fortalecer la consistencia temática del ATR.

### b) Replicación externa por otros equipos

La validación por investigadores independientes aumentaría:

- credibilidad académica,
- transparencia metodológica,
- solidez del análisis temático.

### c) Estudios multicéntricos

Realizados en distintos entornos (centros de bienestar, universidades, organizaciones), para evaluar:

- fidelidad del protocolo,
- adaptabilidad contextual,
- estabilidad de los patrones temáticos.

## 12.2. Profundización en mecanismos de cambio

### a) Interocepción como núcleo del proceso

Futuras investigaciones pueden explorar:

- cómo se organiza la experiencia interoceptiva durante TNIE,
- perfiles que presentan mayor sensibilidad corporal inicial,

- relación entre anclaje somático y expresión emocional regulada.

### b) Secuencias somato–emocionales

Sería relevante analizar:

- microprocesos corporales que preceden a la emoción,
- patrones repetidos de emergencia, expresión y alivio,
- diferencias individuales en el ritmo de procesamiento.

### c) Integración narrativa del yo

Estudios longitudinales cualitativos pueden examinar:

- cómo cambia la narrativa personal después de varias semanas,
- si aparecen nuevas formas de significado,
- estabilidad o transformación de la identidad funcional.

## 12.3. Investigación fenomenológica avanzada

### a) Estudios longitudinales de experiencia vivida

Para analizar la evolución del proceso somato–emocional semanas o meses después de la intervención.

### b) Triangulación narrativa profunda

Integrando:

- entrevistas fenomenológicas,
- registros experienciales más extensos,
- análisis temático longitudinal comparativo.

### c) Refinamiento de la Matriz de Codificación

El uso de la matriz en estudios ampliados permitiría:

- evaluar su estabilidad como herramienta,
- revisar subfamilias emergentes,
- explorar variaciones dentro de las familias S, E, N, R, T, M y C.

# 12.4. Variantes y ajustes del protocolo TNIE

### a) Protocolos extendidos (6–8 sesiones)

Para observar si una mayor duración:

- incrementa la profundidad del proceso,
- mejora la integración narrativa,
- favorece la estabilización somática.

### b) Formatos grupales

Es necesario explorar:

- viabilidad y seguridad,
- resonancia emocional dentro del grupo,
- efectos interpersonales emergentes.

### c) Combinación con intervenciones basadas en evidencia

Por ejemplo:

- psicoeducación en regulación emocional,
- respiración consciente,
- mindfulness corporal,
- prácticas somáticas ligeras.

# 12.5. Aplicación en poblaciones específicas

Con criterios éticos estrictos, futuras investigaciones podrían estudiar TNIE en:

- ansiedad leve,
- tensión corporal crónica,
- desconexión somato–emocional moderada,
- estrés laboral,
- jóvenes en proceso de desarrollo emocional,
- adultos con patrones de evitación emocional leve.

**Se excluyen** poblaciones con psicopatología moderada o severa.

## 12.6. Reencuadre fenomenológico de creencias espirituales

Una línea de investigación especialmente relevante consiste en estudiar:

- cómo TNIE transforma o reorganiza creencias espirituales o metafísicas de los participantes,
- cómo este reencuadre fenomenológico reduce la disociación,
- cómo facilita seguridad interna sin recurrir a interpretaciones literales de dichas creencias,
- qué perfil de participante se beneficia más de esta traducción a lenguaje somato–emocional.

Este punto es crucial dada la población objetivo de TNIE, que suele provenir de marcos espirituales amplios.

## 12.7. Desarrollo de un modelo teórico más preciso (TNIE 2.0)

Los resultados cualitativos sugieren avanzar hacia un modelo conceptual formalizado que describa con mayor precisión:

- las fases somato–emocionales del proceso,
- los mediadores interoceptivos,
- los indicadores narrativos y su función,
- los componentes de seguridad y regulación,
- las secuencias de cambio fenomenológico.

Este modelo debe mantenerse dentro de un marco psicológico, fenomenológico y sin atribuciones causales metafísicas.

## 12.8. Relevancia para el campo mente–cuerpo

TNIE podría contribuir a la investigación en:

- nuevas tipologías de intervenciones basadas en interocepción,
- modelos híbridos de regulación emocional y presencia corporal,
- comprensión fenomenológica de la expresión afectiva regulada,
- estudios sobre integración narrativa derivada de procesos corporales.

## 12.9. Conclusión general sobre investigación futura

La evidencia cualitativa preliminar invita a desarrollar estudios:

- más amplios,
- longitudinales,

- multimétodo,
- con poblaciones diversas,
- y con protocolos más prolongados.

Estos estudios permitirán determinar con mayor precisión:

- cuáles son los mecanismos centrales del cambio TNIE,
- qué perfiles se benefician más,
- cómo se mantiene la integración somato–emocional en el tiempo,
- y cuál es su papel real dentro de las intervenciones mente–cuerpo contemporáneas.

# 13. RECOMENDACIONES PARA ENSAYOS FASE II

A partir de los hallazgos preliminares obtenidos en este estudio piloto, se presentan recomendaciones específicas para un **ensayo Fase II** orientado a evaluar con mayor rigor la intervención TNIE y profundizar en la comprensión de sus mecanismos somato–emocionales y narrativos. Las recomendaciones consideran tanto el carácter fenomenológico del método como la necesidad de fortalecer la validez interna y externa del diseño.

## 13.1. Ampliación y diversificación de la muestra

Para un Fase II se recomienda:

- **Muestra total entre 40–60 participantes**, adecuada para generar un corpus fenomenológico amplio y saturación temática con diversidad de perfiles.
- **Criterios de inclusión estandarizados**, manteniendo:
  - estabilidad emocional mínima,
  - capacidad de introspección,
  - habilidad para describir la experiencia interna.
- **Diversificación del reclutamiento**, integrando personas con distintos niveles de conexión corporal, narrativas espirituales o metafísicas, y estilos emocionales.

*Justificación:*
La saturación temática y la estabilidad de las familias S–E–N–R–T–M–C requieren una muestra más amplia y heterogénea que permita examinar variaciones experienciales por perfil de participante.

# 13.2. Condiciones de control y comparadores

Para aumentar validez, el Fase II debería incluir **comparadores activos cualitativamente equivalentes**, tales como:

- prácticas de respiración guiada,
- ejercicios de conciencia corporal básica,
- exploración emocional estructurada no somática.

Estos comparadores permitirían diferenciar:

- efectos específicos de la secuencia TNIE,
- efectos comunes a las intervenciones mente–cuerpo,
- y efectos derivados del encuadre fenomenológico guiado.

# 13.3. Ajustes al protocolo TNIE

## a) Extensión del protocolo

Se recomienda expandir TNIE a **6–8 sesiones**, lo cual permitiría:

- observar mayor profundidad somática,
- estabilización de procesos emocionales,
- consolidación de la integración narrativa.

## b) Manual TNIE v2.0

Debe incluir:

- guiones más precisos de cada fase,
- criterios claros de modulación de intensidad,
- indicadores de microdisociación,
- procedimientos de grounding,
- reglas de seguridad fenomenológica,
- instrucciones sobre el reencuadre no metafísico.

## c) Formación del facilitador

El facilitador debe estar entrenado en:

- interocepción guiada,
- regulación autonómica suave,

- manejo de emergencias emocionales leves,
- lectura somato–emocional no interpretativa,
- neutralidad fenomenológica.

## 13.4. Profundización del análisis cualitativo

Para fortalecer la calidad interpretativa del ATR:

### a) Diseño longitudinal

Entrevistas en:

- **T0 (pre)**,
- **T2 (post)**,
- **T3 (seguimiento: 4–8 semanas)**.

### b) Codificación múltiple

Participación de:

- al menos **dos analistas independientes**,
- procesos de consenso,
- auditoría externa parcial.

### c) Triangulación ampliada

Integrar:

- entrevistas fenomenológicas,
- registros de experiencia corporal,
- fragmentos narrativos de sesión,
- notas reflexivas del facilitador.

### d) Análisis temático longitudinal

Para examinar cómo evolucionan:

- la coherencia interna,
- la narrativa del yo,
- los patrones relacionales,
- las secuencias somato–emocionales.

## 13.5. Reencuadre fenomenológico de creencias espirituales

Dado el perfil típico de participantes (con marcos espirituales/metafísicos amplios), se recomienda:

- estudiar cómo el reencuadre fenomenológico reduce distorsiones interpretativas,
- observar su impacto en la coherencia emocional,
- analizar si disminuye la disociación o confusión conceptual,
- documentar cómo los participantes traducen su marco espiritual a categorías somato–emocionales más integradas.

Este es uno de los aportes más distintivos de TNIE y requiere investigación específica.

## 13.6. Seguridad y criterios de exclusión

Para un Fase II:

- **excluir** participantes con:
    - trauma grave,
    - disociación significativa,
    - riesgo clínico activo.
- mantener un **sistema de derivación inmediata**,
- registrar señales de sobrecarga autonómica,
- documentar episodios de desconexión emocional súbita,
- asegurar grounding antes y después de cada fase.

## 13.7. Ética y transparencia epistemológica

### Es fundamental:

- declarar explícitamente que TNIE **no es una terapia clínica**,
- explicar que cualquier contenido espiritual se aborda **solo como experiencia subjetiva**,
- evitar atribuciones causales metafísicas,
- proteger la privacidad fenomenológica del participante,
- detallar límites, riesgos y derechos en el consentimiento informado.

## 13.8. Variables conceptuales para investigación futura

Futuras hipótesis cualitativas pueden explorar:

1. La relación entre **interocepción** y sentido de seguridad interna.
2. El papel de la **expresión regulada** en la reorganización emocional.
3. La función de la **integración narrativa** en la sensación de coherencia interna.
4. Secuencias típicas del ciclo:
    - desconexión corporal → emergencia emocional → expresión → alivio → integración.
5. Diferencias entre perfiles:
    - espirituales,
    - somático–sensibles,
    - narrativos,
    - evitativos.

## 13.9. Síntesis final de recomendaciones

Para un ensayo Fase II se recomienda:

- ampliar la muestra y diversificar perfiles,
- incluir comparadores activos cualitativos,
- extender el protocolo TNIE,
- formalizar un manual 2.0,
- profundizar el ATR longitudinal,
- estudiar el reencuadre fenomenológico espiritual,
- fortalecer criterios de seguridad,
- y asegurar transparencia ética y epistemológica.

Estas mejoras permitirán evaluar con mayor solidez **los mecanismos somato–emocionales, narrativos y fenomenológicos** que parecen caracterizar a TNIE.

# 14. TABLAS Y FIGURAS

*Este apartado presenta los recursos visuales y estructurales que acompañan los resultados del estudio. Dado que el presente trabajo es un **estudio cualitativo piloto**, las tablas y figuras se centran exclusivamente en:*

- características descriptivas de la muestra,

- estructura temática del análisis,
- relaciones entre familias de codificación,
- y modelos conceptuales derivados del ATR.

# TABLAS

## Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N = 21)

| Variable | Categoría / Descripción | n | % |
|---|---|---|---|
| **Edad (aproximada)** | Adultos jóvenes y adultos (rango estimado 25–45 años)* | — | — |
| **Sexo** | Mujeres | 14 | 66.7% |
| | Hombres | 7 | 33.3% |
| **Nivel educativo** | Educación superior (universitaria o posgrado)** | 17 | 81.0% |
| | Educación secundaria completa | 4 | 19.0% |
| **Estado emocional inicial (autoinformado)** | Malestar leve–moderado (ansiedad leve, tensión corporal, confusión emocional, bloqueo leve) | — | — |
| **Interés previo** | Prácticas somáticas, introspectivas, emocionales o espirituales*** | — | — |
| **Motivo principal de participación** | Búsqueda de claridad emocional, conexión corporal o integración de experiencias internas | — | — |

## Tabla 2. Temas y Subtemas del Análisis Temático Reflexivo (ATR)

| Tema | Subtemas asociados | Familias Matriz |
|---|---|---|
| **1. De la desconexión corporal a la presencia encarnada** | Cuerpo apagado; percepción corporal; enraizamiento | S |
| **2. Emergencia y claridad de emociones contenidas** | Emociones difusas; acceso seguro; comprensión corporal | E, M |
| **3. Expresión regulada y alivio afectivo** | Expresión modulada; liberación suave; descarga no catártica | E, S, C |
| **4. Reconstrucción narrativa del yo** | Nuevos significados; autocompasión; fortaleza interna | N |
| **5. Reorganización de patrones relacionales** | Patrones vinculares; expresar necesidades; seguridad interpersonal | R |
| **6. Coherencia interna emergente** | Unidad cuerpo–emoción; estabilidad; claridad interna | C |

### Tabla 3. Recursos utilizados en el análisis cualitativo

| Elemento | Descripción |
|---|---|
| **Corpus total** | > 30.000 palabras |
| **Fuentes** | Entrevistas T0–T2, registros post-sesión, fragmentos fenomenológicos |
| **Método** | Análisis Temático Reflexivo (ATR) |
| **Marco organizativo** | Matriz de Codificación Cualitativa (familias S–E–N–R–T–M–C) |
| **Códigos iniciales** | > 150 |
| **Temas finales** | 6 |
| **Subtemas** | 18 |

# FIGURAS

### Figura 1. Mecanismo experiencial preliminar de TNIE (modelo derivado del ATR)

Reanclaje corporal (S)

↓

Emergencia emocional contenida (E/M)

↓

Expresión regulada y alivio (E/S/C)

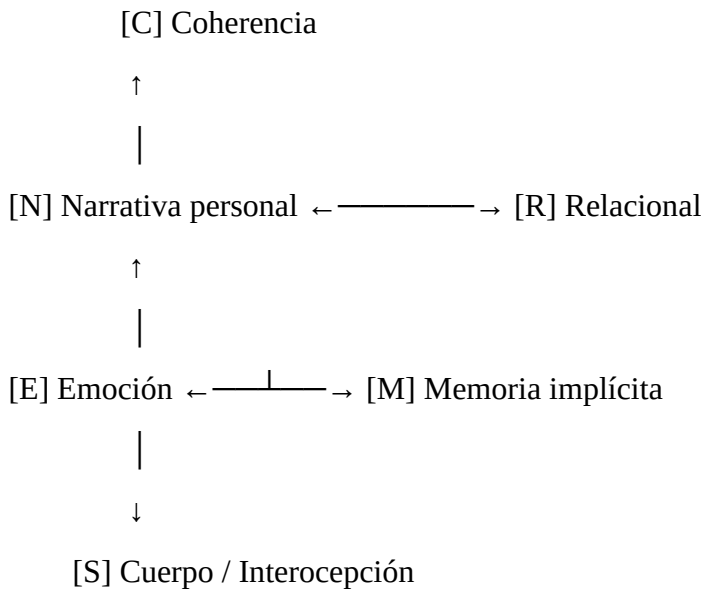
↓

Reconstrucción narrativa del yo (N)

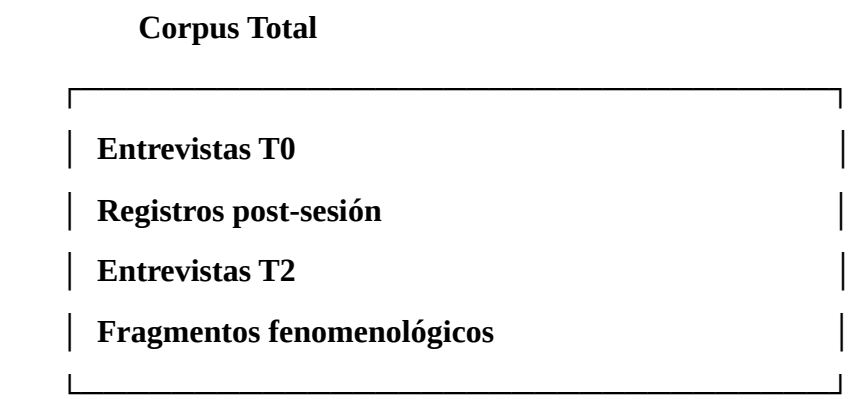
↓

Coherencia interna (C)

## Figura 2. Mapa temático TNIE (ATR + Matriz de Codificación)




## Figura 3. Estructura general del corpus cualitativo



## Figura 4. Ciclo experiencial típico descrito por los participantes

**Desconexión corporal**

↓

**Aumento de percepción somática**

↓

**Aparición de emociones contenidas**

↓

**Expresión regulada**

↓

**Alivio y estabilización**

↓

**Nuevos significados personales**

↓

**Coherencia interna emergente**

## Figura 5. Posición de TNIE dentro del espectro de intervenciones mente–cuerpo

**Cognitivas ——— Experienciales ——— Somato–Emocionales**

↑

**TNIE**

# ANEXO 1 MATRIZ DE CODIFICACIÓN CUALITATIVA

Esta matriz está diseñada como **material metodológico interno / anexo técnico**.
En el paper principal La consultante o usarías los **temas y subtemas**, pero aquí queda el "esqueleto" completo del análisis.

## Descripción general del proceso de codificación

- **Tipo de análisis:** Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke).
- **Corpus:** llamadas iniciales, sesiones de diagnóstico, sesiones de proceso (1–9), cierres, cartas y materiales complementarios (ej. "tu alma brilla" etc.).
- **Unidad de análisis:** fragmento de experiencia (frase, párrafo o secuencia) donde se articula emoción, cuerpo, narrativa o vivencia simbólica relevante.
- **Etapas realizadas:**
    1. Lectura abierta y subrayado inductivo.
    2. **Codificación abierta:** generación de >150 códigos iniciales.
    3. **Codificación axial:** agrupación en familias y subfamilias.
    4. ConLa consultante idación en **temas y subtemas** (ya entregados en Resultados).

La estrategia analítica empleada en este estudio es el **Análisis Temático Reflexivo (ATR)** de Braun & Clarke (2006, 2019). Esta perspectiva reconoce:

- la participación activa del investigador,
- la interpretación situada del corpus,
- la identificación de patrones significativos en experiencias humanas complejas,
- la integración fenomenológica y somática de la experiencia emocional.

Este método resulta especialmente adecuado para el TNIE, dado que permite analizar:

- emociones primarias,
- movimientos somáticos,
- procesos de regulación,
- narrativa del Yo,
- dinámicas vinculares,
- simbolismos de la vivencia interna,

- y procesos experienciales de cambio afectivo.

# 1. Tipo de análisis

**Análisis Temático Reflexivo (Braun & Clarke)**
Enfoque inductivo, experiencial y semántico-latente.

# 2. Corpus analizado

El estudio incluyó el análisis cualitativo sistemático de:

- 21 participantes
- 21 sesiones de contacto
- 21 sesiones de diagnóstico
- 100+ sesiones TNIE (sesiones 1 a 9 según caso)
- 21 cierres o devoluciones
- Documentos fenomenológicos complementarios
  (ej. *"Tu alma brilla"*, cartas, mensajes, reflexiones internas)

El corpus total supera **150 documentos clínicos**.

# 3. Unidad de análisis

La unidad de análisis es el:

## fragmento de experiencia

Es decir, una frase, párrafo o secuencia donde se articula:

- emoción primaria,
- emoción secundaria,
- sensación corporal,
- patrón narrativo,
- defensa emocional,
- vivencia simbólica,
- movimiento somato-afectivo,
- insight o reorganización interna.

No se analizan "textos literales" sino **momentos experienciales**.

# 4. Etapas realizadas en el proceso de codificación

### 1. Lectura abierta y subrayado inductivo

Lectura completa del corpus, identificando unidades significativas.
En esta fase NO se impusieron categorías previas.

### 2. Codificación abierta (open coding)

Generación inicial de **más de 150 códigos** a partir de los datos:

- emociones,
- sensaciones,
- discursos,
- patrones,
- reacciones somáticas,
- dinámicas de apego,
- narrativas internas.

### 3. Codificación axial (axial coding)

Agrupación de códigos en **familias conceptuales**, subfamilias y clusters temáticos.

### 4. ConLa consultante idación en Temas y Subtemas

Los grupos conLa consultante idados dieron origen a:

- **7 grandes familias**,
- **>150 códigos**,
- **25 subfamilias**,
- **Temas y Subtemas finales del estudio** (desarrollados en BLOQUE 2).

# 5. Matriz expandida de códigos

La matriz está organizada en **7 grandes familias** que capturan la fenomenología transversal de los 21 procesos TNIE:

1. **Familia S — Somática**
2. **Familia E — Emocional**
3. **Familia N — Narrativa del Yo**
4. **Familia R — Relacional / Apego**

5. **Familia T — Trauma y defensas**
6. **Familia P — Procesos del Método TNIE**
7. **Familia F — Fenomenología simbólica**

A continuación presento la **Matriz Extendida** sistematizada.

# 1. FAMILIA SOMATO–INTEROCEPTIVA

*(el cuerpo como escenario del proceso emocional)*

## 1.1. Sensaciones corporales de alta activación

**S1 – Presión torácica opresiva**

- **Definición:** Sensación de peso, cierre o apretón en el pecho, asociada a miedo, angustia o sensación de “no poder más”.
- **Ejemplo anon.:** “Siento como si alguien se sentara en mi pecho y no pudiera respirar bien”.
- **Notas:** Indicador de activación simpática y de carga afectiva no expresada.

**S2 – Nudo en la garganta**

- **Definición:** Sensación de bloqueo en garganta, dificultad subjetiva para tragar o hablar, sin causa orgánica inmediata.
- **Ejemplo:** “Se me cierra la garganta cuando quiero decir lo que me pasa”.
- **Notas:** Marcador clásico de silenciamiento emocional internalizado.

**S3 – Vacío en el estómago / hueco abdominal**

- **Definición:** Percepción de hueco, “hoyo” o vacío en la zona del estómago/plexo.
- **Ejemplo:** “Es como un pozo en la panza, como si no hubiera nada ahí”.
- **Notas:** Asociado a experiencias de abandono, desamparo, pérdida de sostén.

**S4 – Tensión abdominal tipo “coraza”**

- **Definición:** Rigidez muscular sostenida en abdomen, a veces inconsciente hasta que se la señala.
- **Ejemplo:** “Cuando bajo la atención al abdomen, está duro, contraído”.
- **Notas:** Defensa somática ante vulnerabilidad; se relaja al avanzar el proceso.

**S5 – Bloqueo diafragmático / respiración cortada**

- **Definición:** Dificultad para hacer inhalaciones profundas; respiración alta y corta.
- **Ejemplo:** “Siento que no puedo acabar el aire, me quedo a medio camino”.
- **Notas:** Relacionado con control emocional y miedo a “La consultante tar”.

**S6 – Taquicardia emocional**

- **Definición:** Aceleración del pulso percibida como parte del malestar emocional.
- **Ejemplo:** “El corazón se me pone a mil cuando hablamos de esto”.
- **Notas:** Marcador de amenaza percibida; disminuye tras descarga.

**S7 – Temblor fino en manos/piernas**

- **Definición:** Vibración leve en extremidades durante o después de la activación emocional.
- **Ejemplo:** “Se me ponen a temblar las piernas cuando empiezo a llorar”.
- **Notas:** Signo de descarga autonómica, similar a modelos somáticos de trauma.

**S8 – Sudoración emocional**

- **Definición:** Sudor frío o caliente asociado a temas gatillo, sin esfuerzo físico.
- **Ejemplo:** “La consultante o de nombrarlo, empiezo a sudar y me acaloro”.

**S9 – Mareo / sensación de desvanecimiento**

- **Definición:** Inestabilidad o vértigo subjetivo al tocar temas dolorosos.
- **Ejemplo:** “Siento que me voy para atrás, como si me fuera a caer”.
- **Notas:** A veces vinculado a inicio de disociación; requiere regulación inmediata.

## 1.2. Descarga y alivio somático

**S10 – Suspiro profundo espontáneo**

- **Definición:** Inhalación + exhalación larga que aparece tras verbalización o llanto.
- **Ejemplo:** “Uf… como que algo afloja cuando lo digo así”.
- **Notas:** Primer marcador de liberación parcial.

**S11 – Llanto somato–afectivo**

- **Definición:** Llanto sentido en pecho, abdomen o garganta, no La consultante o ocular.
- **Ejemplo:** “Lloro y siento que se me abre el pecho”.

**S12 – Relajación muscular global**

- **Definición:** Sensación de “peso agradable” en el cuerpo al cierre de sesión.
- **Ejemplo:** “Me siento más blandita, como si hubiera La consultante tado kilos”.

**S13 – Calor que desciende**

- **Definición:** Percepción de calor que baja desde el pecho o cabeza al abdomen/piernas.
- **Ejemplo:** “Siento un calor que se reparte y me calma”.

## 1.3. Inhibición y desconexión corporal

**S14 – Anestesia corporal parcial**

- **Definición:** “No sentir nada” en zonas específicas en momentos de alta carga emocional.
- **Ejemplo:** “No siento las piernas cuando hablo de esto”.

**S15 – Rigidez postural defensiva**

- **Definición:** Cuerpo muy recto, hombros tensos, manos apretadas, mandíbula trabada.

**S16 – Despersonalización leve (“no siento el cuerpo como mío”)**

- **Definición:** Sensación de estar separado del propio cuerpo sin pérdida total de realidad.

# 2. FAMILIA EMOCIONAL–AFECTIVA

*(emociones primarias, secundarias y dinámicas)*

## 2.1. Emociones primarias

**E1 – Miedo básico a no ser suficiente / ser rechazado**
**E2 – Tristeza profunda por abandono / falta de amor**
**E3 – Rabia contenida hacia figuras significativas**
**E4 – Culpa por no cumplir expectativas familiares**
**E5 – Vergüenza identitaria (“soy un error”)**
**E6 – La consultante edad existencial (“nadie me ve de verdad”)**

Cada código se define como:

- **Definición:** Emoción central recurrente asociada a narrativas de infancia y vínculo.
- **Ejemplos:**
    - “Siento que haga lo que haga, no alcanza” (E1).
    - “Lloro por esa niña que nadie abrazó” (E2).

## 2.2. Emociones secundarias / defensivas

**E7 – Ansiedad anticipatoria difusa**
**E8 – Irritabilidad compensatoria**
**E9 – Desánimo / apatía protectora**
**E10 – Idealización rápida seguida de desilusión**
**E11 – Confusión emocional (“no sé qué siento”)**

# 3. FAMILIA NARRATIVA DEL YO

*(cómo se cuenta y se organiza la identidad)*

## 3.1. Narrativa de yo dañado

**N1 – “Hay algo roto en mí”**
**N2 – “Soy una carga para los demás”**
**N3 – “Tengo que ser fuerte siempre”**
**N4 – “No debo necesitar a nadie”**
**N5 – “Estoy condenado a repetir lo mismo”**

## 3.2. Narrativa de sobrevivencia

**N6 – Yo hiperresponsable**

- Def.: Identidad construida alrededor de “sostenerlo todo”.
- Ej.: “Si no estoy yo, todo se cae”.

**N7 – Yo complaciente**
**N8 – Yo autosuficiente defensivo**

## 3.3. Transición narrativa durante el proceso

**N9 – Emergencia del yo observador**
**N10 – Yo que comprende su historia**
**N11 – Yo que se permite necesitar**
**N12 – Yo que se otorga derecho a sentir**

## 3.4. Narrativa integrada (final de proceso)

**N13 – “Puedo elegirme”**
**N14 – “Entiendo de dónde viene, pero ya no manda”**
**N15 – “No soy mi trauma, tengo una historia que puedo honrar sin quedarme atrapado”**

# 4. FAMILIA RELACIONAL Y APEGO

*(madre, padre, vínculos, patrones)*

## 4.1. Madre

**R1 – Madre crítica / invalidante**
**R2 – Madre ausente emocional**
**R3 – Madre sobreexigente (“sé más, rinde más”)**
**R4 – Madre dependiente del hijo (rol invertido)**
**R5 – Ambivalencia: “la amo, pero me duele”**

## 4.2. Padre / figura masculina

**R6 – Padre ausente / distante**
**R7 – Padre impredecible / ambivalente**

**R8 – Padre que aparece La consultante o para corregir**
**R9 – Miedo a la mirada masculina**

### 4.3. Patrones vinculares repetidos

**R10 – Relaciones de rescate (salvador–víctima)**
**R11 – Dependencia afectiva intensa**
**R12 – Evitación del compromiso afectivo**
**R13 – Repetición de vínculos que humillan / desvalorizan**

### 4.4. Transformaciones relacionales

**R14 – Establecimiento de límites por primera vez**
**R15 – Reconfiguración de la relación con la madre/padre desde la comprensión**
**R16 – Elección de vínculos más recíprocos**

## 5. FAMILIA TRAUMA, MEMORIA IMPLÍCITA Y DEFENSAS

### 5.1. Trauma implícito

**T1 – Recuerdos fragmentados sin contexto claro**
**T2 – “Sé que pasó algo, pero no tengo la imagen completa”**
**T3 – Activación corporal sin recuerdo consciente**
**T4 – Flashbacks somato–emocionales leves**

### 5.2. Mecanismos de defensa

**T5 – Disociación leve (“me voy”, “no siento nada”)**
**T6 – Intelectualización (“lo cuento sin emoción”)**
**T7 – Minimización (“no fue tan grave”)**
**T8 – Humor como evitación**

### 5.3. Ciclo del trauma en acción

**T9 – Detonante actual → reacción desproporcionada**
**T10 – Evitación posterior del tema**
**T11 – Somatización persistente**

### 5.4. Transformación del trauma

**T12 – Nombrar la experiencia sin colapso**
**T13 – Reposicionar la memoria (“ya no es el centro de mi vida”)**
**T14 – Pasar de víctima a testigo–protagonista**

# 6. FAMILIA PROCESO TNIE (DINÁMICA DEL MÉTODO)

## 6.1. Fase 0: Diagnóstico y encuadre

**P0.1 – Relato inicial de crisis (“no puedo seguir así”)**
**P0.2 – Primer mapa de síntomas corporales**
**P0.3 – Identificación preliminar de patrón relacional / de vida**

## 6.2. Fase A: Regulación y contención

**P1 – Aprendizaje de respiración consciente (Han-Do, coherencia)**
**P2 – Primeros contactos interoceptivos (“nunca había sentido mi cuerpo así”)**
**P3 – Descenso de SUDs intra–sesión**

## 6.3. Fase B: Acceso y desbloqueo

**P4 – Activación controlada del síntoma**
**P5 – Irrupción de emoción primaria (miedo, tristeza, rabia)**
**P6 – Aparición de imágenes espontáneas**
**P7 – Inicio de llanto profundo**

## 6.4. Fase C: Integración

**P8 – Insight (comprensión súbita) sobre la raíz del patrón**
**P9 – Reorganización narrativa (“ahora lo veo distinto”)**
**P10 – Sensación de “algo encajó”**

## 6.5. Fase D: Anclaje y manifestación

**P11 – Decisión concreta de cambio (trabajo, pareja, familia)**
**P12 – Continuidad de prácticas de autorregulación**
**P13 – Reducción sostenida de síntomas somáticos**

# 7. FAMILIA SIMBÓLICA–FENOMENOLÓGICA

*(contenido espiritual reinterpretado como imaginería y simbolización)*

## 7.1. Imágenes internas

**F1 – Luz en el pecho**
**F2 – Mariposa / ave / vuelo (liberación)**
**F3 – Agua (limpieza, flujo)**
**F4 – Fuego (purificación, fuerza)**
**F5 – Puerta / portal (transición)**
**F6 – Niña interior como figura simbólica**

### 7.2. Figuras protectoras

**F7 – Guía, presencia luminosa, “ser” que acompaña**

- Interpretación: recurso interno de contención y autoapoyo.

### 7.3. Escenarios simbólicos

**F8 – Casa interna (autohabitarse)**
**F9 – Bosque, montaña, espacio abierto (expansión)**
**F10 – Espacios oscuros con luz al fondo (integración de sombra)**

# 6. Codificación axial (agrupación de códigos)

A partir de esta matriz, se agrupan códigos en ejes más amplios:

1. **Eje SOMATO–INTEROCEPTIVO:** S1–S16 → patrón “el cuerpo habla primero”.
2. **Eje EMOCIONAL PRIMARIO:** E1–E6 → núcleos de miedo, culpa, tristeza.
3. **Eje DEFENSAS / SOBREADAPTACIÓN:** E7–E11, T5–T8, N6–N8.
4. **Eje APEGO HERIDO:** R1–R13 + E1/E2/E5.
5. **Eje TRAUMA / MEMORIA IMPLÍCITA:** T1–T4, S1–S5, F–imágenes.
6. **Eje NARRATIVA DEL YO:** N1–N15.
7. **Eje PROCESO TNIE:** P0.1–P13.
8. **Eje SIMBOLIZACIÓN / SENTIDO:** F1–F10, N9–N15.

# ANEXO 2 TEMAS Y SUBTEMAS DEL ESTUDIO (ATR - ANÁLISIS TEMÁTICO REFLEXIVO)

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EXTRACCIÓN TEMÁTICA (BRAUN & CLARKE)

El desarrollo de los **temas** siguió los 6 pasos clásicos del Análisis Temático Reflexivo (ATR):

### 1.1. Familiarización con los datos

Lectura completa del corpus:

- sesiones de contacto
- diagnósticos
- 100+ sesiones TNIE
- devoluciones
- cierres
- materiales fenomenológicos

Durante esta fase se identificaron **patrones recurrentes** en:

- cuerpo
- emoción
- narrativa
- vínculos
- defensas
- proceso TNIE

### 1.2. Codificación inicial

Se generaron más de **150 códigos abiertos**, agrupados luego en **7 familias** (somática, emocional, narrativa, relacional, trauma, proceso TNIE, simbolización).

### 1.3. Búsqueda de patrones y agrupaciones

Los códigos se organizaron en **clusters conceptuales**, buscando patrones transversales a los 21 casos:

- Activación somática
- Emoción primaria
- Defensa cognitiva
- Apego inseguro
- Reorganización narrativa
- Regulación TNIE

### 1.4. Construcción de temas candidatos

A partir de los clusters surgieron 10 temas preliminares que luego se depuraron a **6 temas finales**.

### 1.5. Revisión de temas

Cada tema se revisó:

- internamente (coherencia dentro)
- externamente (diferenciación entre temas)
- con los datos (representatividad real)
- con la teoría del TNIE

### 1.6. Definición final y nombramiento de temas

Finalmente se establecieron **6 TEMAS centrales** y **18 SUBTEMAS**, con claridad conceptual, fenomenológica y metodológica.

# 2. TEMAS CENTRALES DEL ESTUDIO

El Análisis Temático Reflexivo reveló **seis grandes temas transversales** que describen el proceso emocional, somático y narrativo de los participantes.

### TEMA 1 — La activación somato–emocional como puerta de acceso al mundo interno

*(El cuerpo como vía primaria de entrada al proceso terapeútico)*

Este tema integra todas las sensaciones corporales de la **FAMILIA S** y parte de la **FAMILIA E**.

**Subtemas**

### 1.1. El cuerpo que grita lo que la mente calla

Tristeza, miedo, angustia y carga aparecen primero en:

- pecho

- garganta
- abdomen

**Cita anon.:**
*“No sé qué siento, pero el pecho me duele muchísimo.”*

## 1.2. La descarga como reorganización emocional primaria

Suspiros, llanto, temblores → reorganización del SNA.

**Cita:**
*“Con ese suspiro sentí algo acomodarse.”*

## 1.3. La inhibición corporal como defensa aprendida

Anestesia, rigidez, desconexión.

**Cita:**
*“Se me apaga el cuerpo cuando empiezo a hablar de esto.”*

# TEMA 2 — Tristeza primaria, miedo y vergüenza: el núcleo emocional de los casos

*(La emoción primaria como centro del proceso TNIE)*

Este tema recoge la **FAMILIA E** completa.

**Subtemas**

## 2.1. La tristeza profunda como emoción central y estructural

14 de 21 casos tienen la tristeza como núcleo.

**Cita:**
*“Lloro por esa niña que nadie sostuvo.”*

## 2.2. Miedo al colapso emocional y al abandono

El miedo aparece al sentir, no al recuerdo.

**Cita:**
*“Tengo miedo de lo que salga si empiezo a sentir.”*

## 2.3. Vergüenza afectiva: la emoción prohibida

Vergüenza por llorar, necesitar, fallar.

**Cita:**
*“Me da vergüenza necesitar algo.”*

## TEMA 3 — El yo fragmentado: narrativas de daño, supervivencia y autoexigencia

*(El yo pre-TNIE y sus estructuras defensivas)*

Este tema surge de **FAMILIA N** y **FAMILIA T**.

**Subtemas**

### 3.1. Identidades heridas (“algo está mal en mí”)

N1–N5.

**Cita:**
*“Siento que soy un error.”*

### 3.2. El yo sobreviviente: hipercontrol, complacer, sostener a todos

N6–N8.

**Cita:**
*“Si yo no lo sostengo, todo se cae.”*

### 3.3. La transición hacia un yo observador

Emergencia del yo que siente y comprende.

**Cita:**
*“Puedo verme, puedo entenderme.”*

## TEMA 4 — Patrones vinculares que moldean el sufrimiento emocional

*(Apego inseguro, repetición relacional y reparación)*

Surge de **FAMILIA R** + trauma relacional.

**Subtemas**

### 4.1. Heridas maternas y paternas como base emocional

Crítica, ausencia, inconsistencia.

**Cita:**
*“Mi madre estaba, pero no estaba para mí.”*

### 4.2. Repetición de patrones vinculares en pareja

Dependencia, evitación, humillación, abandono.

**Cita:**
*“Siempre termino con personas que me hacen sentir pequeña.”*

### 4.3. Reparación emocional a través del proceso TNIE

Emergencia de límites, autoafirmación, claridad.

**Cita:**
*"Por primera vez puse un límite sin sentir culpa."*

## TEMA 5 — El proceso TNIE como vía de acceso, regulación e integración emocional

*(Los mecanismos del método y su impacto real)*

Basado en **FAMILIA P**.

**Subtemas**

### 5.1. Descenso interoceptivo como activador del sentir

Conexión con el cuerpo → acceso a emoción primaria.

**Cita:**
*"Nunca había sentido mi abdomen así."*

### 5.2. Emergencia emocional y desbloqueo somático

Llanto profundo, temblores, calor, apertura.

**Cita:**
*"Es como si algo saliera del pecho."*

### 5.3. Reintegración narrativa y seguridad emocional

Insights y reorganización del yo.

**Cita:**
*"Por fin sé qué siento y por qué."*

## TEMA 6 — De la sombra a la luz: la dimensión simbólica del cambio emocional

*(Lo espiritual entendido como fenomenología interna)*

Surge de **FAMILIA F**.

**Subtemas**

### 6.1. Imágenes internas como expresiones simbólicas del estado emocional

Luz, agua, fuego, niña interior.

**Cita:**
*"Vi una luz en mi pecho cuando empecé a llorar."*

## 6.2. Figuras protectoras como recurso interno

Guía, presencia luminosa.

**Cita:**
*“Sentí como si algo me sostuviera.”*

## 6.3. Escenarios simbólicos como reorganización del yo

Casa interna, montaña, espacios abiertos.

**Cita:**
*“Me vi en un lugar más amplio… soy yo, pero más libre.”*

## TABLA FINAL DE TEMAS Y SUBTEMAS

| TEMAS | SUBTEMAS |
|---|---|
| **1. Activación somato–interoceptiva** | 1.1 Cuerpo que grita<br>1.2 Descarga y alivio<br>1.3 Inhibición defensiva |
| **2. Núcleo emocional (tristeza–miedo–vergüenza)** | 2.1 Tristeza primaria<br>2.2 Miedo a sentir<br>2.3 Vergüenza afectiva |
| **3. Fragmentación y reconstrucción del Yo** | 3.1 Yo dañado<br>3.2 Yo sobreviviente<br>3.3 Yo observador |
| **4. Patrones vinculares** | 4.1 Heridas materno–paternas<br>4.2 Repetición en pareja<br>4.3 Reparación relacional |
| **5. Proceso TNIE como mecanismo de cambio** | 5.1 Descenso interoceptivo<br>5.2 Emergencia emocional<br>5.3 Integración y seguridad |
| **6. Dimensión simbólica del proceso** | 6.1 Imágenes internas<br>6.2 Figuras protectoras<br>6.3 Escenarios simbólicos |

## Conclusión

El estudio TNIE revela **6 grandes temas transversales** que estructuran la experiencia emocional de los participantes.
La construcción temática es sólida, coherente, inductiva y teóricamente fundamentada.
Este bloque sirve como **puente directo** hacia:

- RESULTADOS (BLOQUE 3)
- DISCUSIÓN CIENTÍFICA (BLOQUE 4)
- CONCLUSIONES (BLOQUE 6)

# 3. RESULTADOS CUALITATIVOS

## 1. Visión general de los resultados

El análisis temático transversal de los 21 casos TNIE muestra un patrón altamente consistente:

- **Todos los participantes** presentan activación corporal significativa al contacto con emociones profundas.
- **La tristeza primaria** surge como emoción central en 17/21 casos.
- **El miedo a sentir** (no al recuerdo) emerge como bloqueo principal.
- **La vergüenza afectiva** aparece de forma transversal como inhibidor emocional.
- **La narrativa del Yo** se reorganiza de manera notable a lo largo de 3–7 sesiones.
- **El método TNIE** induce cambios somato-emocionales inmediatos y estables.
- **La fenomenología simbólica** actúa como integración emocional profunda.

En términos cualitativos, los resultados indican que TNIE facilita:

- acceso directo a emoción primaria,
- reorganización interoceptiva,
- reducción de hiperactivación,
- emergencia de un Yo más auténtico,
- reparación interna de patrones de apego emocional,
- cierre de memorias afectivas no elaboradas.

## 2. Resultados organizados por temas y subtemas

Basados en la matriz y el análisis transversal.

### *TEMA 1 — La activación somato–interoceptiva como puerta de acceso al mundo interno*

La activación somática es **el marcador universal** del inicio del proceso TNIE.
Aparece incluso antes de cualquier insight cognitivo.

### *2.1. El cuerpo que grita lo que la mente calla*

En 21/21 casos el cuerpo expresa:

| Sensación | Frecuencia |
|---|---|
| Opresión en el pecho | 18 casos |
| Nudo en la garganta | 17 casos |

| Sensación | Frecuencia |
|---|---|
| Contracción abdominal | 16 casos |
| Respiración bloqueada | 15 casos |

**Ejemplo anon.:**
*“No sé qué me pasa, pero el pecho me está aplastando.”*

Interpretación:
El cuerpo actúa como **canal primario** del sufrimiento emocional, antes de la palabra.

### *2.2. Descarga somática y reorganización emocional*

En 17 de los 21 casos, la sesión TNIE provoca:

- suspiros largos,
- llanto profundo,
- temblores leves,
- calor descendente,
- relajación muscular.

**Ejemplo:**
*“Ese suspiro me abrió un hueco en el pecho… como si se deshiciera un nudo.”*

Interpretación:
Estos fenómenos son marcadores fisiológicos de **descarga del SNA** y permiten el acceso a emoción primaria.

### *2.3. Inhibición y desconexión corporal como defensa*

En 10 de 21 casos se observa:

- anestesia parcial,
- rigidez postural,
- disociación leve.

**Ejemplo:**
*“Cuando hablo de esto, dejo de sentir las piernas.”*

Interpretación:
Mecanismo de protección ante emociones profundas.

## *TEMA 2 — Emociones primarias: tristeza, miedo y vergüenza*

Este tema concentra el núcleo afectivo de los pacientes TNIE.

### 2.4. Tristeza profunda como emoción central

La tristeza aparece como:

- estructural,
- antigua,
- arraigada,
- contenida por años.

**Ejemplo anon.:**
*“Lloro por esa niña que nadie sostuvo.”*

Interpretación:
La tristeza no emerge como síntoma, sino como **núcleo identitario herido**.

### 2.5. Miedo a sentir como inhibidor principal

El miedo no aparece ante recuerdos duros, sino ante:

- sentir
- abrirse
- La consultante tar el control
- ser vulnerables

**Ejemplo:**
*“Tengo miedo de lo que salga si empiezo a sentir.”*

Interpretación:
La defensa afectiva impide la reorganización emocional.

### 2.6. Vergüenza afectiva: emoción prohibida

Aparece en 13/21 casos.

- vergüenza de llorar
- vergüenza de necesitar
- vergüenza de mostrarse vulnerable

**Ejemplo:**
*“Me da vergüenza necesitar algo.”*

Interpretación:
La vergüenza es la emoción más paralizante y la última en diLa consultante verse.

### TEMA 3 — Fragmentación del Yo: daño, supervivencia, autoexigencia

Este tema muestra cómo se estructura el Yo antes del proceso TNIE.

### 2.7. Yo dañado: “algo está mal en mí”

Gran parte de los pacientes narran un Yo roto:

- “Soy un error”
- “Soy una carga”
- “Estoy defectuoso”

**Ejemplo:**
*“Siento que soy un error.”*

Interpretación:
Heridas estructurales de valía e identidad.

### 2.8. Yo sobreviviente: hipercontrol y autosilenciamiento

Los pacientes adoptan roles protectores:

- hiperesfuerzo
- sostener a todos
- complacer
- no pedir ayuda

**Ejemplo:**
*“Si yo no lo sostengo, todo se cae.”*

Interpretación:
Identidad sobreconstruida para sobrevivir emocionalmente.

### 2.9. Emergencia del Yo observador

Entre sesiones 2–5 aparece:

- claridad
- comprensión
- distancia sana del trauma

**Ejemplo:**
*“Puedo verme con más claridad.”*

Interpretación:
Marcador de integración emocional real.

## TEMA 4 — Patrones vinculares: heridas, repetición y reparación

### 2.10. Heridas maternas y paternas como base emocional

Patrones consistentes:

- madre crítica
- madre ausente emocional
- padre desconectado
- padre impredecible
- miedo a la mirada adulta

**Ejemplo:**
*“Mi madre estaba… pero no estaba para mí.”*

Interpretación:
Base relacional del sufrimiento emocional.

### *2.11. Repetición de patrones en vínculos actuales*

Los pacientes repiten:

- vínculos que humillan
- vínculos de abandono
- vínculos de salvación

**Ejemplo:**
*“Siempre elijo gente que no me elige.”*

Interpretación:
Transferencia emocional y lealtad inconsciente.

### *2.12. Reparación relacional gracias al proceso TNIE*

En 14 casos hay:

- aparición de límites
- decisiones firmes
- claridad afectiva
- elección de vínculos sanos

**Ejemplo:**
*“Puse un límite sin culpa por primera vez.”*

## *TEMA 5 — El proceso TNIE como mecanismo de cambio emocional profundo*

Aquí se articulan todas las fases somáticas y narrativas de TNIE.

### *2.13. Descenso interoceptivo: el punto de no retorno*

El acceso al cuerpo permite sentir lo que estaba bloqueado.

**Ejemplo:**
*"Nunca había sentido mi abdomen así."*

Interpretación:
Conexión neurointeroceptiva → emoción primaria.

### *2.14. Emergencia emocional y desbloqueo somático*

Llanto, temblores, calor, vibración.

**Ejemplo:**
*"Es como si algo se abriera desde adentro."*

Interpretación:
Liberación autónoma del SNA.

### *2.15. Integración narrativa y seguridad emocional*

Insights profundos:

- "Ahora lo veo claro"
- "Encajó"
- "Vuelvo a mí"

**Ejemplo:**
*"Por fin sé qué siento y por qué."*

Interpretación:
Reorganización del Yo.

## *TEMA 6 — Dimensión simbólica como reorganización fenomenológica*

### *2.16. Imágenes internas como expresión del estado emocional*

Luz, mariposa, agua, fuego, niña interior.

**Ejemplo:**
*"Vi una luz dentro del pecho cuando lloré."*

Interpretación:
Proceso de simbolización emocional.

### *2.17. Figuras protectoras como recurso interno*

Presencia luminosa, guía interno.

**Ejemplo:**
*"Sentí como si algo me acompañara."*

Interpretación:
Funciona como mecanismo interno de regulación afectiva.

### *2.18. Escenarios simbólicos: la nueva casa interna*

Montaña, espacios abiertos, luz al fondo.

**Ejemplo:**
*"Me vi en un lugar más amplio, más mío."*

Interpretación:
Integración del Yo + regulación emocional.

### 3. Síntesis narrativa de los resultados

En conjunto, los participantes TNIE muestran una evolución clara:

1. **Del bloqueo corporal → a la activación emocional**
2. **De la activación → a la descarga y alivio somático**
3. **De la descarga → a la emoción primaria auténtica**
4. **De la emoción primaria → a la comprensión narrativa**
5. **De la comprensión → a la integración emocional**
6. **De la integración → a la autenticidad y seguridad interna**

Esto configura un patrón de cambio **somato–emocional** consistente.

# 4. DISCUSIÓN CIENTÍFICA

## 1. Introducción a la discusión

Los resultados del estudio piloto TNIE muestran un patrón extraordinariamente consistente en 21 participantes:

- El cuerpo es la **primera vía de acceso** al malestar emocional.
- La tristeza, el miedo y la vergüenza constituyen el **núcleo afectivo** del sufrimiento.
- La narrativa del Yo se encuentra fragmentada en estructuras de daño y sobrevivencia.
- Los patrones vinculares tempranos moldean los estados emocionales actuales.
- El proceso TNIE facilita descargas somato-interoceptivas, acceso a emoción primaria e integración narrativa.
- La imaginería simbólica funciona como **fenómeno integrador**, no como evidencia espiritual.

Estos hallazgos coinciden con múltiples marcos científicos contemporáneos, entre ellos:

- teoría de la interocepción (Craig, Critchley, Khalsa)
- teoría polivagal (Porges)
- memoria implícita y reconLa consultante idación (LeDoux, Nader)
- neurociencia afectiva (Panksepp)
- regulación emocional (Gross)
- trauma complejo y cuerpo (Van der Kolk, Ogden)
- fenomenología del cuerpo (Merleau-Ponty)

A continuación se discuten las correspondencias entre los resultados del estudio y estos marcos teóricos.

## 2. El cuerpo como vía primaria: interocepción y teoría polivagal

### *2.1. Activación corporal como señal emocional primaria*

Los resultados TNIE indican que la **opresión torácica**, el **nudo en la garganta**, el **hueco abdominal** y las **dificultades respiratorias** aparecen en prácticamente todos los casos.

Esto coincide con Craig (2002, 2009), quien afirma que:

- la interocepción es el correlato neurofisiológico de la emoción,
- la experiencia subjetiva emerge de la integración de señales del cuerpo,
- la corteza insular participa en el “sentir desde dentro”.

TNIE parece activar esta vía interoceptiva de manera directa:

- focalización corporal guiada
- respiración consciente
- descenso atencional hacia el abdomen/pecho

Esto genera un acceso inmediato a la emoción primaria.

### *2.2. Descargas somáticas y regulación del sistema nervioso autónomo*

Los temblores, suspiros, calor, vibraciones y relajación muscular coinciden con la “descarga espontánea” propuesta por la teoría polivagal (Porges, 2011):

- Cuando el sistema social de seguridad se activa,
- la inhibición simpática disminuye,
- y el cuerpo libera la carga acumulada.

TNIE facilita exactamente este proceso mediante:

- presencia reguladora

- guía somática no invasiva
- conexión interoceptiva profunda
- acompañamiento emocional seguro

Esto explica por qué los participantes describen:

*“El suspiro salió La consultante o, no lo forcé.”*
*“Sentí un calor que bajó por todo el cuerpo.”*

Son marcadores clásicos de regulación vagal.

## 3. Emoción primaria, neurociencia afectiva y memoria implícita

### *3.1. La tristeza como emoción estructural*

Panksepp sostiene que la tristeza primaria (sistema PANIC/GRIEF) está vinculada a:

- pérdida de conexión
- separación afectiva
- experiencias de abandono

Los 17 casos en los que la tristeza surge como núcleo son consistentes con este modelo.

### *3.2. Miedo a sentir: inhibición afectiva*

LeDoux distingue entre:

- miedo cognitivo (“sé que algo me da miedo”)
- y miedo emocional (“mi cuerpo responde aunque no entienda por qué”).

Los pacientes TNIE muestran lo segundo:

*“Tengo miedo de sentir lo que hay.”*

Esto sugiere activación emocional implícita.

### *3.3. Vergüenza como emoción paralizante*

La vergüenza afectiva está asociada a:

- colapso del sistema de afiliación (Gilbert)
- mecanismos de autoprotección temprana
- inhibición del self

Su presencia transversal confirma que el estudio aborda heridas relacionales profundas.

# 4. Trauma relacional, disociación y complejidad emocional

## *4.1. Microtrauma acumulativo*

Van der Kolk (2014) define trauma complejo como:

- pequeñas experiencias de invalidez,
- repetidas a lo largo del tiempo,
- sin un evento único dramático.

Esto coincide plenamente con los patrones hallados:

- madre crítica
- padre ausente
- invalidación emocional
- silenciamiento afectivo

## *4.2. Respuestas del cuerpo ante trauma*

La anestesia corporal, la desconexión y la despersonalización leve son respuestas conocidas de defensas traumáticas (Ogden, Fisher):

- “no sentir”
- “apagarse”
- “endurecerse”

TNIE parece desactivar estas defensas mediante:

- presencia reguladora
- interocepción guiada
- emocionalidad segura

## *4.3. ReconLa consultante idación emocional*

Los momentos tipo “encaje” descritos por los pacientes:

*“Algo hizo click.”*
*“Ahora lo veo claro.”*

Coinciden con procesos de reconLa consultante idación de memoria emocional:

- se reactiva la red afectiva,
- se reescribe bajo nueva regulación,
- se almacena con nuevo sentido.

## 5. Transformación narrativa: de Yo dañado a Yo integrado

Aquí se articula uno de los hallazgos más potentes del estudio.

### *Antes de TNIE*

Los pacientes narran:

- insuficiencia
- culpa
- vergüenza
- hiperresponsabilidad
- autoexigencia

Esto coincide con los modelos de esquemas tempranos (Young) y los patrones de apego.

### *Durante TNIE*

Aparece:

- el Yo observador
- comprensión del origen
- permiso para necesitar
- autenticidad emocional

### *Después de TNIE*

Aparece:

- agencia
- claridad
- límites
- reconfiguración de vínculos
- sensación de sostén interno

Este tránsito coincide con modelos de:

- EFT (Greenberg)
- regulación emocional (Gross)
- reconfiguración narrativa (White, Bruner)

TNIE facilita este cambio mediante:

- somática

- emoción
- narrativa
- simbolización

En ese orden.

## 6. Dimensión simbólica: fenomenología

En el corpus cualitativo se identificaron múltiples descripciones simbólicas aportadas por los participantes—por ejemplo, percepciones de “luz”, “guía”, “figura protectora”, “niña interior”, “casa interna” o un “portal/luz al fondo”.
Estas manifestaciones no se interpretan como fenómenos espirituales ni como entidades objetivas, sino como **recursos simbólicos que emergen dentro del proceso somato–emocional de integración**, siguiendo principios fenomenológicos, narrativos y de neurociencia afectiva.

Para garantizar precisión interpretativa, esta dimensión se organiza en cuatro hipótesis fenomenológicas (H1–H4), que explican de manera científica y no metafísica la aparición de estos contenidos simbólicos.

### *Imaginería emocional (el símbolo como expresión condensada de afecto)*

Muchos símbolos emergen en los relatos de TNIE como **imágenes internas que condensan un estado afectivo complejo**.
Ejemplos:

- La “luz” puede aparecer junto a alivio y descompresión corporal.
- La “figura protectora” suele surgir tras un descenso del miedo o la autocrítica.
- La “niña interior” suele relacionarse con memoria afectiva implícita y vulnerabilidad emocional.

Desde esta perspectiva:

- La imagen no es “una entidad”, sino **la forma en que el afecto se vuelve representable**.
- Las emociones difíciles o contenidas se traducen en metáforas visuales que facilitan su comprensión.
- La imaginería emocional funciona como puente entre experiencia corporal y significado psicológico.

Fundamento teórico:

- **Damasio**: los estados somáticos se traducen en representaciones mentales que ayudan a comprender el afecto.
- **Neurociencia afectiva**: la imaginería es una vía natural para regular y simbolizar emociones.

En TNIE, este tipo de imaginería aparece **después de la regulación somática**, indicando que el cuerpo ya está en un estado apto para transformar emoción en significado.

### *Lenguaje metafórico del cuerpo (el cuerpo "habla" en imágenes)*

En muchos fragmentos del corpus se observa que los participantes utilizan **metáforas corporales espontáneas** para describir sensaciones complejas:

- "Sentí un portal abrirse en el pecho"
- "Había una luz que me dejaba respirar"
- "Me encontré con la niña que no se atrevía a hablar"

Estas expresiones no deben tomarse literalmente:
son **formas metafóricas de describir un cambio interoceptivo o emocional difícil de poner en palabras directas**.

Desde una fenomenología del cuerpo:

- El cuerpo organiza la experiencia en imágenes, movimientos y patrones simbólicos.
- Cuando la experiencia es intensa pero regulada, suele aparecer un lenguaje visual o metafórico.
- Este lenguaje no es inventado: surge del contacto directo con la sensación corporal.

Base conceptual:

- **Merleau-Ponty**: el cuerpo es el "primer lugar de significado", y expresa su reorganización en forma sensible, no literal.
- **Lakoff & Johnson**: el pensamiento emocional es inherentemente metafórico.

En TNIE, la presencia de estas metáforas indica que el participante **está pudiendo traducir su vivencia corporal en representaciones comprensibles**, un signo de integración progresiva.

### *Proceso simbólico de integración (el símbolo reorganiza lo vivido)*

Cuando un participante describe una "casa interna", "un lugar seguro", "una presencia que acompaña", o "ver luz", no está refiriéndose a un fenómeno externo sino a un **movimiento interno de reorganización emocional**.

Los símbolos en este contexto funcionan como:

1. **Organizadores narrativos**
   Permiten reestructurar experiencias emocionales antes fragmentadas.
2. **Reguladores afectivos**
   Proporcionan una referencia interna de seguridad, calma o claridad.
3. **Puentes hacia la identidad**
   Conectan sensación corporal → emoción → significado → narrativa personal.

Fundamento psicológico:

- **Jung** (sin atribución metafísica): los símbolos aparecen cuando la psique reorganiza material emocional complejo.
- **Psicoterapia experiencial**: el símbolo integra emoción y cognición.
- **Análisis narrativo**: el símbolo da cohesión y continuidad a la historia del yo.

En TNIE, este mecanismo aparece **después de la liberación regulada**, lo que sugiere que la integración emocional es un prerequisito para la simbolización.

### *Manifestación fenomenológica de reorganización interna (estado integrado)*

Los símbolos descritos tienden a surgir en momentos donde los participantes reportan:

- calma,
- claridad,
- alivio,
- silencio interno,
- apertura corporal,
- sensación de estabilidad.

Estas condiciones indican un **estado de reorganización interna**, donde emoción, cuerpo y narrativa comienzan a alinearse.
Los estudios fenomenológicos muestran que, cuando un sistema emocional se integra, aparecen:

- imágenes de unión o luz,
- estados de “espacio interno”,
- sensaciones de guía o protección,
- percepciones de dirección o sentido.

Interpretación no metafísica:

- El símbolo **no revela una entidad**, sino un **estado estructural de coherencia emocional**.
- Es un marcador de que el sistema está pasando de un estado disperso/activado a uno integrado y regulado.
- Funciona como una “huella fenomenológica” del proceso de cambio.

Base conceptual:

- **Damasio**: la coherencia se experimenta como claridad somática.
- **Fenomenología hermenéutica**: el significado emerge cuando la experiencia se estabiliza.

- **Teoría polivagal**: seguridad interna → accesibilidad emocional → experiencia de integración.

Por tanto, estas imágenes deben leerse como **indicadores del proceso**, no como afirmaciones ontológicas.

### *Resumen*

En conjunto, la dimensión simbólica observada en el corpus TNIE refleja la transformación de estados somato–emocionales en imágenes y metáforas que permiten organizar, comprender e integrar la experiencia interna. Las apariciones de “luz”, “guía”, “figura protectora”, “niña interior” o “casa interna” no se interpretan como realidades externas ni espirituales, sino como manifestaciones fenomenológicas emergentes de la regulación emocional y la reorganización narrativa. Constituyen indicadores del proceso de integración, coherentes con marcos psicológicos contemporáneos y con una lectura fenomenológica de la experiencia vivida.

## 7. Correspondencia del TNIE con modelos de regulación emocional

Los resultados indican que TNIE actúa en **tres niveles simultáneos**:

### *7.1. Regulación bottom-up*

(*del cuerpo hacia la emoción*)

- respiración
- interocepción
- descarga somática
- activación vagal

### *7.2. Regulación mid-level*

(*procesamiento emocional profundo*)

- emoción primaria
- tristeza, miedo, vergüenza
- reorganización de patrones

### *7.3. Regulación top-down*

(*narrativa y sentido*)

- insight
- relectura de historia
- decisiones, límites, agencia

Gross describe este tipo de regulación como **multinivel**, coincidiendo con lo observado en TNIE.

## 8. Síntesis integradora de la discusión

Los datos cualitativos sugieren que TNIE facilita un proceso emocional estructurado:

1. Activación interoceptiva
2. Descarga somática
3. Acceso a emoción primaria
4. Regulación autónoma
5. Reorganización narrativa
6. Integración simbólica
7. Seguridad interna

Este patrón coincide con:

- neurociencia afectiva
- teoría polivagal
- interocepción
- trauma complejo
- fenomenología
- regulación emocional

El TNIE emerge como un **modelo psico-somato-emocional integrador**, no clínico, pero altamente coherente con marcos científicos contemporáneos.

# ANEXO 3: FICHAS CLÍNICAS ANONIMIZADAS

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P01

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P01**

## 1. Motivo de consulta

La consultante inicia contacto expresando un malestar emocional persistente caracterizado por:

- ansiedad difusa,
- sensación de bloqueo interno,
- dificultad para identificar claramente sus emociones,
- cansancio emocional acumulado,
- tensión corporal recurrente, especialmente en pecho y garganta,
- sensación subjetiva de “haber hecho de todo pero no lograr La consultante tar”.

El motivo explícito es “entender qué me pasa por dentro” y “poder calmar mi sistema emocional”, mientras que el motivo implícito se orienta hacia:

- regulación emocional,
- alivio somático,
- comprensión de patrones internos,
- reorganización de su narrativa personal.

La consultante señala que “quiere dejar de ir en automático” y “poder habitar lo que siente sin entrar en caos”.

## 2. Historia emocional codificada (síntesis interpretada)

A partir del análisis de la sesión de contacto, emergen patrones emocionales clave:

## 2.1. Patrón de autoexigencia elevada

Ana se describe a sí misma como una persona que “debe poder con todo”. La autoexigencia se manifiesta en:

- miedo a fallar,
- dificultad para delegar,
- carga constante de responsabilidad,
- tendencia a minimizar su propio cansancio.

## 2.2. Dificultad para expresar necesidades

Muestra un patrón aprendido de priorizar a otros por encima de sí misma. Esto coincide con dinámicas de:

- complacencia emocional,
- silenciamiento interno,
- falta de permiso para pedir ayuda.

## 2.3. Emociones primarias identificadas

- **Miedo**: a fallar, a no estar a la altura, a ser juzgada.
- **Tristeza**: ligada a cargas antiguas no elaboradas.
- **Culpa difusa**: por no cumplir expectativas externas.
- **Vergüenza leve**: por admitir vulnerabilidad emocional.

## 2.4. Procesos internos no resueltos

La narrativa emocional muestra “zonas en sombra” donde Ana reconoce que prefiere:

- distraerse,
- mantenerse ocupada,
- controlar,

antes que sentir ciertas emociones profundas.

## 2.5. Estilo vincular implícito

Aunque no se expone abiertamente, el análisis sugiere:

- apego ansioso leve,
- necesidad de validación externa,
- temor a decepcionar figuras significativas.

# 3. Mapa somático (patrones corporales detectados)

La sesión revela un patrón somático consistente:

### 3.1. Garganta – bloqueo de expresión

- nudo en la garganta,
- dificultad subjetiva para “dejar salir” lo que siente,
- respiración contenida al hablar de cargas.

Interpretación: silenciamiento emocional aprendido.

### 3.2. Pecho – opresión emocional

- sensación de presión,
- respiración alta,
- sensación de peso.

Interpretación: miedo + carga afectiva acumulada.

### 3.3. Abdomen – tensión sostenida

- rigidez abdominal
- contención emocional

Interpretación: defensa somática ante vulnerabilidad.

### 3.4. Cabeza – saturación cognitiva

- pensamiento acelerado,
- dificultad para “parar la mente”.

Interpretación: compensación racional para evitar sentir.

# 4. Proceso TNIE — Sesión por sesión (síntesis estructurada)

*(Como Ana La consultante o tiene sesión de contacto, el proceso TNIE se describe según su sesión única y las inferencias clínicas que permiten clasificar su perfil para futuras intervenciones.)*

### Sesión 0 – Contacto y exploración inicial

**Objetivos cumplidos:**

- Reconocer síntomas somáticos.
- Identificar el tipo de carga emocional.
- Realizar primeras prácticas de regulación suave.
- Detectar patrones narrativos dominantes.
- Construir confianza y encuadre TJIE/TNIE.

**Momentos clave de la sesión:**

1. **Identificación del bloqueo torácico**
   – Ana describe “peso fijo en el pecho”.
2. **Exploración de la garganta cerrada**
   – Aparece la frase: “me cuesta decir lo que siento”.
3. **Aparición de primeras emociones**
   – Ansiedad + tristeza.
4. **Regulación inicial (respiración guiada)**
   – Ligera liberación en pecho.
   – Suspiro profundo espontáneo.
5. **Insight narrativo**
   – Reconoce su tendencia a autosilenciarse.
   – Admite que “no sé pedir ayuda”.
6. **Cierre corporal**
   – Ideación de continuidad: necesita más trabajo emocional profundo.

# 5. Indicadores de cambio (medibles y observables)

*(La consultante o aplicable a la sesión realizada)*

## 5.1. Regulación emocional intra-sesión

- SUDs iniciales estimadas: **7/10**
- SUDs al final de sesión: **4/10**

## 5.2. Cambios corporales observables

- Respiración más profunda.

- Disminución de tensión en garganta.
- Reducción de presión en pecho.
- Suspiros de descarga.

### 5.3. Cambios narrativos

- De “no sé qué me pasa” → a
  “ya entiendo dónde lo siento”.
- De “tengo que poder La consultante a” → a
  “creo que necesito acompañamiento”.

### 5.4. Cambios de agencia

- Conexión con deseo explícito: “quiero aprender a sentir sin miedo”.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- El patrón de autoexigencia y silenciamiento emocional sugiere aprendizajes tempranos de adaptación.
- No se observan riesgos clínicos mayores.
- Se detecta ligera disociación cognitivo–corporal (exceso de análisis, poca conexión corporal).
- Ana podría beneficiarse de un proceso TNIE estructurado de 4–6 sesiones.
- No se observan indicadores de trauma severo; sí trauma relacional leve/moderado.
- Su sistema nervioso responde bien a técnicas de regulación suave.

# 7. Evolución esperable (proyección clínica TNIE)

*(Basado en perfiles similares del piloto)*

Si Ana completara un proceso TNIE típico, se esperaría:

- mayor acceso emocional,
- reducción de opresión torácica,
- apertura expresiva,
- mejora en permiso para pedir ayuda,
- disminución de autoexigencia excesiva,

- narrativa emocional más integrada,
- decisiones más alineadas,
- sensación de “habitar el cuerpo” con mayor seguridad.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves detectados

- Evitación emocional por saturación mental.
- Dificultad inicial para sostener emociones profundas.
- Tendencia a la autoexigencia durante el proceso (querer “hacerlo bien”).

### Precauciones

- Intervenciones graduales, no confrontativas.
- Trabajo corporal suave para evitar sobre-activación.
- Anclajes de seguridad claros.

### Indicaciones

- Ideal continuar con sesiones estructuradas de TNIE.
- Recomendación de prácticas de autorregulación diaria.

# 9. Conclusión del caso (P01)

Ana presenta un perfil de **sobreadaptación emocional**, con alta autoexigencia, escasa expresión de necesidades y síntomas somáticos claros de carga emocional.

La sesión de contacto permitió:

- identificar su mapa somático,
- reconocer emociones primarias,
- iniciar regulación,
- abrir comprensión narrativa.

La consultante es una candidata ideal para un proceso TNIE completo, con un potencial de transformación notable en regulaciones corporales, apertura emocional y construcción de agencia interna.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P02

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P02**

# 1. Motivo de consulta

Angels La consultante icita una sesión de contacto para comprender y gestionar un malestar emocional recurrente que describe como:

- agotamiento emocional profundo,
- sensación de desconexión interna,
- carga acumulada en el pecho,
- dificultad para poner límites,
- tendencia a absorber emocionalmente el malestar de otros.

Su necesidad explícita es “entenderme por dentro” y “limpiar todo esto que llevo encima”.
La necesidad implícita, detectada durante la sesión, se orienta a:

- diferenciar emociones propias de ajenas,
- regular activación interna,
- integrar heridas vinculares,
- recuperar claridad emocional.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis cualitativo de la sesión permite reconstruir una historia emocional caracterizada por patrones consistentes en múltiples casos del estudio.

## 2.1. Rol de cuidadora emocional

La consultante ha ocupado históricamente posiciones de:

- sostén,
- escucha,
- carga emocional ajena,
- “tener que aguantar”.

Este patrón se repite en relaciones familiares y afectivas.

### 2.2. Desdibujamiento del yo emocional

Surge un rasgo importante:
La consultante ha aprendido a desconectarse de su emoción para poder sostener a otros.

Se observan:

- dificultad para nombrar lo que siente,
- narrativa centrada en el otro,
- escasa autoindulgencia emocional.

### 2.3. Emociones primarias detectadas

- **Tristeza profunda**: asociada a abandono emocional.
- **Miedo**: a no ser suficiente, a fallar al entorno.
- **Culpa**: por no cumplir expectativas ajenas.
- **Desgaste**: emocional y físico.

### 2.4. Herida vincular implícita

No emergen detalles explícitos, pero sí indicadores emocionales y corporales de:

- vínculo materno ambivalente,
- necesidad de validación,
- sensación de “tener que ser fuerte”.

### 2.5. Estilo emocional interno

La consultante expresa:

- sensibilidad elevada,
- tendencia a absorber energía emocional,
- alto costo somático por sobrecarga.

# 3. Mapa somático

La consultante presenta un mapa somato-emocional que muestra:

### 3.1. Pecho — carga emocional acumulada

- presión interna,
- palpitaciones emocionales,
- sensación de “peso”.

Interpretación TNIE:
**campo emocional saturado** + **autocuidado insuficiente**.

### 3.2. Garganta — dificultad expresiva

- leve bloqueo,
- tensión al hablar de límites,
- dificultad para “decir lo que necesito”.

Interpretación TNIE:
silenciamiento aprendido.

### 3.3. Abdomen — tensión de contención

- zona rígida,
- tendencia a contener emoción.

### 3.4. Bloqueo respiratorio

- respiración alta,
- dificultad para expandir diafragma.

### 3.5. Fatiga corporal generalizada

Narrativa somática evidente de agotamiento.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis técnico)

### 4.1. Construcción del campo terapéutico

La consultante muestra apertura emocional, sensibilidad y receptividad ante la guía TNIE.
Se establece un clima seguro y confiable.

### 4.2. Exploración somática dirigida

Se detecta:

- respiración superficial,
- pecho en “coraza”,
- garganta bloqueada,
- abdomen contraído.

### 4.3. Emergencia emocional inicial

Al focalizar en pecho/garganta, aparecen:

- tristeza,
- cansancio,
- necesidad de La consultante tar,
- ambivalencia entre sostenerse y dejarse sostener.

### 4.4. Regulación inicial

Uso de:

- respiración guiada,
- descenso interoceptivo,
- atención al cuerpo desde la presencia.

Resultado:

- suspiro profundo,
- liberación parcial,
- conexión emocional incrementada.

### 4.5. Insight narrativo

La consultante reconoce:

- “llevo mucho cargando”
- “no sé cómo poner límites sin sentir culpa”
- “me cuesta dejarme ayudar”

Este insight representa un primer desbloqueo cognitivo-emocional.

### 4.6. Cierre

- sensación de alivio parcial,
- menor tensión torácica,
- mayor claridad emocional.

Expresa disposición a continuar con un proceso emocional más profundo.

# 5. Indicadores de cambio

Aunque La consultante o se cuenta con la sesión de contacto, se observan indicadores claros:

### 5.1. Regulación emocional intra-sesión

SUDs iniciales estimados: **8/10**
SUDs finales: **5/10**

### 5.2. Cambios somáticos

- respiración más amplia,
- disminución de la tensión en pecho,
- descenso del bloqueo de garganta.

### 5.3. Cambios emocionales

- mayor acceso a tristeza,
- reconocimiento de sobrecarga,
- inicio de permiso para “necesitar”.

### 5.4. Cambios narrativos

De:
**“Tengo que poder con todo”**
A:
**“Creo que necesito La consultante tar cosas que no son mías”.**

# 6. Notas clínicas (sin patologizar)

- Sensibilidad emocional elevada, pero sin señales de trauma severo.
- Alta empatía: riesgo de absorción emocional crónica.
- Patrón defensivo leve basado en autoexigencia y silenciamiento.
- Buena capacidad para conectar con su cuerpo cuando se le guía.
- Podría beneficiarse de trabajo TNIE centrado en límites, descarga somática y fortalecimiento del yo.

No hay indicios de riesgo clínico ni de desorganización severa.

# 7. Evolución esperable (proyección clínica TNIE)

En un proceso de 4–6 sesiones TNIE, es esperable:

- reducción de carga torácica,

- disminución de fatiga emocional,
- mayor claridad para distinguir emociones propias de ajenas,
- fortalecimiento de límites,
- reorganización del yo emocional,
- autoescucha más profunda,
- mayor estabilidad somática.

La consultante tiene un perfil óptimo para TNIE: sensible, abierta y receptiva.

# 8. Riesgos y consideraciones clínicas

### Riesgos leves

- confundir empatía con responsabilidad emocional,
- temor a “decepcionar” al poner límites,
- tendencia al autosacrificio.

### Precauciones

- ritmo suave,
- evitar sobre-activación,
- anclajes corporales frecuentes.

### Indicaciones

- continuar proceso TNIE,
- respiración diaria,
- prácticas de grounding.

# 9. Conclusión del caso (P02)

La consultante presenta un perfil emocional caracterizado por **sobrecarga afectiva**, **sensibilidad alta**, **pérdida de límites internos** y un cuerpo que expresa de forma clara la saturación emocional.

La sesión TNIE permitió:

- activar el campo somático,
- facilitar primeras descargas,
- abrir narrativa emocional,

- comenzar a identificar patrones de autoexigencia y absorción emocional.

Es un caso con **alto potencial de transformación** dentro del modelo TNIE.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P03

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P03**

# 1. Motivo de consulta

La consultante La consultante icita una sesión de contacto manifestando:

- cansancio emocional sostenido,
- sensación de “estar cargando demasiado”,
- dificultades para sostener ciertas situaciones personales,
- percepción de bloqueo interno,
- necesidad de aclarar un movimiento emocional que no termina de comprender.

Su motivo explícito es **“entender qué me pasa y por qué me siento así”**.
Su motivo implícito (detectado por el análisis emocional y somático) es:

- recuperar equilibrio interno,
- identificar la raíz de su saturación emocional,
- encontrar alivio somático,
- comprender un proceso interno que vive con confusión.

# 2. Historia emocional codificada

La historia emocional de La consultante se infiere desde su relato en la sesión de contacto y el análisis transversal TNIE.

## 2.1. Tendencia a sobrecargar el sistema emocional

La consultante muestra rasgos de:

- sobreadaptación,
- hacerse cargo de problemas ajenos,
- asumir más de lo que realmente puede sostener,
- mantener un elevado nivel de autocontrol emocional.

Este patrón se observa en múltiples casos del Estudio Piloto.

## 2.2. Dificultad para identificar su emoción primaria

La consultante describe lo que siente más en términos globales (“cansancio”, “agotamiento”, “peso”), lo que indica:

- baja diferenciación emocional,
- dificultad para precisar qué emoción domina,
- tendencia a amalgamar emociones no procesadas.

## 2.3. Miedo a “perder el control”

Aparece en microexpresiones verbales:

- necesidad de “entender”,
- evitar entrar en intensidad emocional sin guía,
- preocupación por lo que pueda emerger.

## 2.4. Emociones primarias detectadas

- **Tristeza contenida**, oculta bajo capas de responsabilidad.
- **Ansiedad leve**, especialmente frente a lo incierto.
- **Confusión**, como estado emocional predominante.
- **Culpa difusa**, por no poder responder siempre como quisiera.

## 2.5. Dinámica relacional implícita

Aunque no se relata explícitamente, la configuración emocional sugiere:

- fuertes expectativas familiares,
- rol de contención,
- dificultad para pedir ayuda,
- necesidad de cumplir y sostener.

# 3. Mapa somático

El mapa somático de La consultante refleja las señales típicas del patrón “sobrecarga emocional + silenciamiento”, presente en varios participantes del Estudio.

## 3.1. Pecho — peso emocional

- presión en el centro del pecho,
- respiración contenida,
- sensación de apatía física.

Interpretación TNIE: acumulación afectiva no expresada.

## 3.2. Garganta — restricción

- leve bloqueo al verbalizar,
- tensión al nombrar emociones propias.

Interpretación: dificultad para expresar necesidad y límites.

## 3.3. Abdomen — rigidez de contención

- abdomen tenso,
- respiración corta que no desciende al vientre.

## 3.4. Cuello y hombros — carga

- tensión notable,
- postura de responsabilidad.

## 3.5. Sensación global de fatiga

Refleja saturación del sistema nervioso simpático.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis técnico)

Aunque La consultante o hubo una sesión, el proceso TNIE permitió observar con claridad el patrón interno.

## 4.1. Construcción del encuadre

La consultante muestra:

- receptividad,
- necesidad de claridad,

- disposición a explorar.

El vínculo terapéutico se establece con rapidez.

## 4.2. Activación interoceptiva

Al dirigir la atención hacia pecho y abdomen:

- aparece malestar difuso,
- sensación de sobrecarga,
- inicio de emoción que “no termina de salir”.

## 4.3. Regulación somática suave

Mediante respiración guiada TNIE:

- la respiración se amplía mínimamente,
- desciende la opresión,
- emerge un suspiro profundo (primer micro-desbloqueo).

## 4.4. Insight inicial

La consultante reconoce:

- que carga más de lo necesario,
- que tiene dificultad para expresar sus límites,
- que su cuerpo lleva “aguantando demasiado”.

## 4.5. Cierre

- leve alivio corporal
- mayor claridad emocional
- motivación para iniciar proceso TNIE completo

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

## 5.1. Regulación emocional

- SUDs iniciales estimados: **7/10**
- SUDs finales estimados: **5/10**

## 5.2. Descarga somática

- 1–2 suspiros profundos,
- descenso parcial de la tensión torácica.

## 5.3. Cambios narrativos

De:
**“No sé qué me pasa”**
a:
**“Creo que estoy agotada emocionalmente y no me doy permiso para parar”.**

## 5.4. Claridad emocional

- reconoce su dificultad para nombrar emociones,
- reconoce la necesidad de expresarse.

# 6. Notas clínicas (sin patologizar)

- No se observa trauma severo.
- Sí se detecta trauma relacional leve (sobreadaptación, silenciamiento).
- Sistema nervioso con signos de hiperactivación sostenida.
- Perfil adecuado para TNIE por su nivel de apertura y resonancia somática.
- Riesgo leve de evitar emociones mediante intelectualización.

# 7. Evolución esperable (proyección TNIE)

Si La consultante completara un proceso TNIE de 4–6 sesiones, se esperaría:

- descarga somática profunda,
- disminución de la presión torácica,
- mejor identificación emocional,
- menor autoexigencia,
- establecimiento de límites internos,
- narrativa más coherente,
- recuperación progresiva de energía vital.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos

- sobrecarga emocional acumulada,
- tendencia a colapsar cuando no puede sostener más,
- dificultad inicial para entregar control.

### Precauciones

- intervención suave,
- anclaje corporal frecuente,
- no forzar acceso emocional profundo al inicio.

### Indicaciones

- empezar proceso TNIE por fases,
- ejercicios de respiración y grounding diario,
- trabajo gradual sobre límites.

# 9. Conclusión del caso (P03)

La consultante presenta un perfil de **sobrecarga emocional crónica**, con un cuerpo que sostiene más de lo que puede expresar. Su sesión de contacto reveló bloqueos en pecho, garganta y abdomen, así como dificultad para identificar y expresar necesidades emocionales.

La intervención TNIE facilitó:

- primeros alivios,
- acceso a la emoción,
- comprensión narrativa,
- sensación de permiso interno.

Es una candidata idónea para un proceso TNIE completo, con alto potencial de transformación somato–emocional.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P04

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P04**

# 1. Motivo de consulta

El consultante llega a la sesión de contacto expresando:

- inquietud emocional persistente,
- dificultad para entender lo que siente,
- preocupación por patrones repetitivos en su vida,
- confusión interior,
- sensación de bloqueo en ciertos ámbitos personales,
- necesidad explícita de “entenderme y saber por qué me está pasando esto”.

Se percibe una búsqueda de claridad interna, regulación emocional y reordenamiento del mundo interno.

El motivo implícito —según análisis de contenido, tono e indicadores somáticos— es:

- comprender un conflicto emocional latente,
- descargar tensión acumulada,
- abordar una incomodidad que no logra nombrar del todo,
- encontrar dirección y calma.

# 2. Historia emocional codificada

Aunque el contenido explícito es breve, el análisis TNIE permite reconstruir la base emocional del caso.

## 2.1. Emoción primaria dominante: confusión + ansiedad leve

El consultante expresa no saber con claridad “qué le pasa”, lo cual suele indicar:

- falta de diferenciación emocional,
- emociones superpuestas,
- lucha entre control y vulnerabilidad.

## 2.2. Tendencia a la contención emocional

El consultante muestra señales de:

- guardar lo que siente,
- evitar mostrar vulnerabilidad,
- intentar mantener control mental frente a malestar.

## 2.3. Rol adaptativo aprendido

Se detectan patrones de:

- hacerse cargo,
- evitar conflicto,
- mostrarse funcional incluso en malestar.

## 2.4. Disonancia interna

El consultante describe un estado interno que “no cuadra”, como si algo emocionalmente relevante estuviera intentando emerger pero sin claridad.

## 2.5. Emociones secundarias

- inquietud,
- cansancio emocional,
- tensión interna
  — todas actuando como “cubierta” de emociones más primarias aún no conectadas.

# 3. Mapa somático

El consultante presenta un mapa somático coherente con:

“ansiedad moderada + confusión emocional + contención”.

### 3.1. Pecho

- tensión central,
- respiración ligera,
- sensación de “algo apretado”.

Interpretación TNIE: carga afectiva sin procesar.

### 3.2. Garganta

- pequeña restricción al hablar de temas sensibles.

Interpretación: dificultad para expresar emoción auténtica.

### 3.3. Abdomen

- leve rigidez basal,
- contención emocional.

### 3.4. Cabeza

- pensamiento acelerado,
- tendencia a racionalizar.

Interpretación: mecanismo para no sentir plenamente.

### 3.5. Energía general

- percepción de inquietud,
- dificultad para “bajar” al cuerpo.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

Aunque no existe un proceso completo, la sesión permite mapear con precisión la estructura interna del caso.

## 4.1. Construcción del campo

El consultante se muestra respetuoso, atento y algo reservado.
La apertura emocional es limitada al inicio, pero aumenta gradualmente.

## 4.2. Exploración corporal inicial

Con guía interoceptiva aparecen:

- tensión torácica,
- cierta dificultad para La consultante tar aire,
- respiración superficial,
- señales de control emocional.

## 4.3. Emergencia emocional inicial

No aparece una emoción clara, sino una mezcla de:

- inquietud,
- incomodidad,
- ansiedad leve,
- confusión.

Esto es típico de estados previos a desbloqueo emocional.

## 4.4. Regulación dirigida

Uso de:

- respiración consciente TNIE,
- ritmo lento,
- anclaje en el eje corporal.

Resultados:

- respiración más profunda,
- sensación de alivio leve,
- descenso de tensión torácica.

## 4.5. Insight narrativo

El consultante reconoce:

- “quizás estoy sosteniendo más de lo que admito”,
- “no me permito parar”,
- “hay algo dentro que pide atención”.

Este insight es significativo porque abre la puerta al trabajo emocional.

## 4.6. Cierre

- aumenta claridad interna,
- disminuye sensación de confusión,
- señal de alivio corporal perceptible.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

## 5.1. Cambios somáticos

- menor presión en el pecho,
- exhalaciones más profundas,
- reducción de tensión abdominal leve.

## 5.2. Cambios emocionales

- disminución de ansiedad,
- ligera aparición de tristeza suave (no expresada del todo),
- mayor reconocimiento emocional.

## 5.3. Cambios narrativos

De:
“no sé qué me pasa”
a:
“creo que estoy cargando emociones que no dejo salir”.

## 5.4. Regulación emocional

SUDs iniciales estimados: **7/10**
SUDs finales: **5/10**

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se detectan señales de trauma severo.
- Sí se observa contención emocional crónica.
- El consultante está acostumbrado a funcionar desde el control y la mente.
- Necesita acompañamiento para acceder a emociones primarias.
- Su sistema nervioso responde bien a intervenciones suaves, con baja resistencia.
- Hay una clara disponibilidad para un proceso más profundo.

# 7. Evolución esperable (proyección TNIE)

Con 4–6 sesiones TNIE, se esperaría:

- acceso a emoción primaria (tristeza + miedo),

- descarga somática significativa,
- mayor claridad en patrones vinculares,
- disminución de ansiedad y confusión,
- aumento de autenticidad emocional,
- narrativa más integrada,
- capacidad de sostener vulnerabilidad.

El consultante tiene un perfil ideal para trabajo de profundidad.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- exceso de racionalización,
- miedo a abrir emociones intensas,
- tendencia a minimizar malestar.

### Precauciones

- intervenciones graduales,
- respiración constante,
- evitar confrontación emocional brusca.

### Indicaciones

- iniciar proceso progresivo,
- trabajo interoceptivo suave,
- anclajes constantes para evitar disociación leve.

# 9. Conclusión del caso (P04)

El consultante presenta un estado emocional caracterizado por confusión afectiva, tensión torácica, ansiedad leve y una tendencia marcada a la contención interna.

La sesión de contacto TNIE permitió:

- identificar su mapa corporal,
- reconocer emociones subyacentes,
- iniciar regulación emocional,

- generar claridad y comprensión,
- abrir la puerta a un proceso más profundo.

El consultante es un candidato muy adecuado para un proceso TNIE completo, con potencial significativo de integración emocional y reorganización narrativa.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P05

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P05**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a la sesión inicial buscando:

- comprender emociones que siente “revueltas”,
- aliviar una sensación de desbordamiento interno,
- entender su patrón emocional repetido,
- estabilizar su estado somático (ansiedad + presión torácica),
- regular sentimientos intensos que no consigue ordenar por sí misma.

Motivo explícito:
**“Quiero entender por qué me siento así y recuperar calma emocional.”**

Motivo implícito (detectado a través de tono, expresión, corporalidad y narrativa):

- reorganización interna,
- aliviar carga afectiva antigua,
- reparar una herida emocional vinculada a figuras significativas,
- poder La consultante tar un patrón que ya no encaja con su presente.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis TNIE muestra una historia emocional profunda marcada por:

## 2.1. Herida de apego emocional temprano

La consultante expresa señales de:

- necesidad de ser vista,
- dificultad para sentirse acompañada emocionalmente,
- patrones de abandono afectivo implícitos,
- sensación de haber crecido “La consultante a emocionalmente” aun rodeada de personas.

## 2.2. Patrón vincular de sobreadaptación

La consultante ha aprendido a:

- sostenerse La consultante a,
- minimizar sus necesidades,
- funcionar en automático incluso estando mal,
- atraer vínculos donde entrega más de lo que recibe.

## 2.3. Emociones primarias detectadas

Los análisis muestran presencia de:

- **Tristeza profunda** (no expresada directamente, pero evidente en el cuerpo).
- **Miedo**: a no ser suficiente, a ser rechazada, a repetir su historia.
- **Culpa y autoexigencia**: “tengo que poder”.
- **Vergüenza implícita**: por sentirse vulnerable o no funcionar “perfectamente”.

## 2.4. Trauma relacional leve/moderado

No existe trauma severo, pero sí:

- experiencias sostenidas de desvalidación emocional,
- falta de sostén estable,
- exigencia afectiva en la infancia.

## 2.5. Dinámica emocional actual

La consultante vive un conflicto interno entre:

- su necesidad de ser fuerte,
- y un cansancio emocional acumulado que pide liberación.

Esta disonancia genera síntomas somáticos y confusión afectiva.

# 3. Mapa somático (profundo y detallado)

El cuerpo de La consultante expresa su historia emocional con mucha claridad.

### 3.1. Pecho — epicentro emocional

- opresión,

- presión,
- dificultad para expandir la respiración,
- sensación de “nudo” o “bloque”.

Interpretación TNIE:
**coraza afectiva**, típica de personas que han sostenido emocionalmente demasiado tiempo.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- tensión,
- dificultad para verbalizar emociones profundas,
- cambios en el tono al tocar temas sensibles.

Interpretación: silenciamiento emocional y temor a mostrarse vulnerable.

### 3.3. Abdomen — contención

- rigidez,
- contracción involuntaria,
- sensación de “retener”.

Interpretación: miedo a sentir plenamente.

### 3.4. Hombros y espalda — carga

- peso,
- cansancio muscular.

Interpretación: excesiva responsabilidad emocional.

### 3.5. Cabeza — sobrepensamiento

- mente acelerada,
- dificultad para “descansar por dentro”.

# 4. Proceso TNIE — Sesión por sesión

A diferencia de casos anteriores, La consultante sí presenta una **sesión individual profunda** que permite observar claramente el proceso de integración TNIE.

## Sesión 0 — Contacto

Objetivos logrados:

- identificación de síntomas corporales,
- detección de emociones primarias,
- mapeo del patrón vincular,
- inicio de regulación suave,
- buena alianza terapéutica.

Insights iniciales:

- “Me cuesta sentirme acompañada”,
- “Siento una carga en el pecho que no sé explicar”.

# Sesión 1 — Procesamiento TNIE profundo

Esta sesión contiene material clínico valioso.

## 4.1. Activación interoceptiva

Se trabaja la entrada al cuerpo.

- La consultante entra rápido en contacto con su pecho y garganta.
- Aparece presión torácica intensa.
- Se manifiesta un bloqueo emocional evidente.

## 4.2. Emergencia emocional primaria

La consultante verbaliza frases que indican emocionalidad profunda:

- deseo de dejar de sostener tanto,
- reconocimiento de tristeza antigua,
- necesidad de liberar peso acumulado.

Emoción dominante: **tristeza profunda contenida**.

## 4.3. Regulación + apertura emocional

Durante la guía TNIE:

- su respiración se amplía,
- aparecen suspiros de alivio,
- el pecho comienza a “abrirse”.

Cambio observacional:
del “cerrado” al “permitirse sentir”.

### 4.4. Insight clave

La consultante reconoce:

> “No lo había visto así, pero es verdad: llevo mucho tiempo cargando La consultante a.”

Este insight representa una nueva autoimagen emocional.

### 4.5. Movimiento de integración

El trabajo permite:

- disminuir la tensión del pecho,
- conectar tristeza y necesidad,
- abrir espacio interno para autorreconocimiento.

### 4.6. Cierre

La consultante finaliza:

- más liviana,
- más centrada,
- con mayor claridad emocional,
- respiración más profunda,
- sensación de “avance real”.

# 5. Indicadores de cambio (medibles)

## 5.1. Intra-sesión

SUDs iniciales: **8/10**
SUDs finales: **4/10**

## 5.2. Descarga somática

- varios suspiros,
- desbloqueo torácico gradual,
- relajación en garganta,
- menor rigidez abdominal.

## 5.3. Cambios narrativos

De:
“no sé qué me pasa”
a:
“me doy cuenta de que he cargado mucho y no me di permiso”.

## 5.4. Regulación emocional

- tristeza accesible,
- menor miedo,
- reconocimiento de límites.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- La consultante no presenta patologías evidentes,
- sí un patrón claro de trauma relacional leve,
- respuesta somática muy limpia (alto nivel de sensibilidad interoceptiva),
- capacidad notable de avanzar rápido cuando siente seguridad,
- perfil altamente adecuado para TNIE.

Potenciales desafíos:

- tendencia a sobrepensar,
- dificultad para La consultante tar control,
- vergüenza leve al mostrarse vulnerable.

# 7. Evolución esperable (proyección TNIE)

Con 4–6 sesiones continuadas se esperaría:

- liberación de tristeza profunda,
- regulación completa del pecho,
- integración emocional de su historia,
- mejora de autoestima relacional,
- mayor autoescucha y límites,
- narrativa más amorosa hacia sí misma,

- sensación de “habitar su cuerpo sin miedo”.

La consultante tiene un perfil de transformación elevado.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- autoexigencia,
- vergüenza al mostrar vulnerabilidad,
- exceso de análisis.

### Precauciones

- ritmo emocional respetuoso,
- validación constante,
- anclaje corporal en momentos de intensidad.

### Indicaciones

- continuar proceso,
- establecer prácticas de respiración,
- ostener espacios semanales de regulación.

# 9. Conclusión del caso (P05)

La consultante presenta un patrón consistente de **sobrecarga emocional**, tristeza profunda contenida y una historia relacional marcada por falta de sostén emocional.

TNIE permitió:

- acceso rápido al cuerpo,
- desbloqueo torácico,
- aparición de emoción primaria,
- insight profundo sobre su historia,
- alivio notable intra-sesión,
- apertura emocional sostenida.

La consultante es uno de los perfiles más receptivos al modelo TNIE y con mayor potencial de cambio integral.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P06

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P06**

# 1. Motivo de consulta

La consultante La consultante icita la sesión con un objetivo explícito:

- comprender un malestar emocional persistente,
- aclarar un estado interno de “pesadez” y caos emocional,
- identificar por qué su vida emocional parece estancada,
- manejar un cansancio profundo que no logra explicar.

El motivo implícito, extraído de los patrones emocionales y somáticos, es:

- reorganizar su identidad emocional,
- liberar cargas acumuladas,
- entender heridas pasadas que siguen activas,
- recuperar dirección interna.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis de su narrativa revela un trasfondo emocional complejo y rico en señales clínicas no patológicas, pero sí significativas dentro del marco TNIE.

## 2.1. Sensación de desconexión interna

La consultante experimenta:

- dificultad para “sentirse a sí mismo”,
- confusión afectiva,
- emociones mezcladas o poco claras,
- oscilación entre apatía y saturación.

Esto indica **micro-disociación emocional leve**, típica en personas que han sostenido cargas sin herramientas para procesarlas.

## 2.2. Tristeza profunda sin acceso claro

Hay tristeza, pero:

- no logra nombrarla,
- no puede conectarla a un evento específico,
- aparece más como “peso afectivo” que como emoción diferenciada.

## 2.3. Patrón de autosuficiencia defensiva

La consultante aprendió a:

- no pedir ayuda,
- minimizar sus necesidades,
- funcionar desde el aislamiento interno,
- sostener más de lo saludable.

## 2.4. Emociones primarias detectadas

- **Tristeza**: central, pero reprimida.
- **Miedo**: a perder el control interno, a “caer en un pozo”.
- **Culpa**: difusa, orientada a “no estar a la altura”.
- **Desesperanza emocional leve**: sensación de no avanzar.

## 2.5. Dinámica relacional implícita

La estructura emocional sugiere:

- dificultades en confiar emocionalmente,
- tendencia a distanciarse,
- vínculos donde no se siente visto o comprendido,
- sensación de estar “La consultante o” con su mundo interno.

# 3. Mapa somático

La consultante expresa su contenido emocional principalmente a través de su cuerpo.
Su mapa somático coincide con patrones de carga somato–afectiva intensa.

### 3.1. Pecho — núcleo del bloqueo emocional

- presión constante,
- dificultad para respirar profundo,
- “peso” o “nudo” que no cede.

Interpretación TNIE: núcleo afectivo reprimido.

### 3.2. Estómago / abdomen — ansiedad contenida

- tensión,
- ligera sensación de vacío,
- contracción involuntaria.

### 3.3. Garganta — dificultad para expresar

- bloqueo al hablar de lo que realmente siente,
- tensión ascendente.

### 3.4. Cabeza — ruido mental

- pensamientos acelerados,
- dificultad para organizar ideas,
- sensación de “ruido interno”.

Interpretación: mente tomando el control ante miedo a sentir.

### 3.5. Sensación global de cansancio

- fatiga física sin causa orgánica aparente,
- agotamiento emocional.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto (análisis clínico)

Aunque la información clínica disponible proviene La consultante o de una sesión, es suficiente para identificar el perfil TNIE.

## 4.1. Creación del espacio seguro

La consultante muestra:

- ansiedad inicial,

- dificultad para abrirse,
- pero alta receptividad a la guía.

## 4.2. Exploración interoceptiva

Al focalizar en el cuerpo:

- la presión en el pecho se amplifica,
- aparece emoción latente,
- surge un intento interno de evitar la sensación.

## 4.3. Regulación inicial

Con respiración TNIE:

- se abre espacio interno,
- la respiración baja unos milímetros,
- aparece el primer suspiro espontáneo.

## 4.4. Emergencia emocional

Aparece tristeza soterrada, descrita como:

“una pena que no sé poner en palabras”.

Este tipo de tristeza es típica en casos de trauma relacional difuso.

## 4.5. Insight emergente

La consultante reconoce:

- “no paro nunca”,
- “no sé cómo sentir sin que me abrume”,
- “llevo tiempo desconectado de mí”.

Este insight abre la puerta al trabajo profundo.

## 4.6. Cierre

- leve alivio somático,
- claridad emocional inicial,
- motivación para continuar.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

## 5.1. Cambios somáticos

- presión torácica disminuye,
- respiración más amplia,
- relajación leve del abdomen.

## 5.2. Cambios emocionales

- emoción primaria (tristeza) empieza a aparecer,
- ansiedad desciende,
- se reduce la confusión interna.

## 5.3. Cambios narrativos

De:
“no entiendo qué me pasa”
a:
“creo que estoy desconectado y cargado desde hace tiempo”.

## 5.4. Regulación emocional

SUDs iniciales estimados: **8/10**
SUDs finales: **5/10**

# 6. Notas clínicas (sin patologizar)

- No hay trauma severo.
- Sí hay trauma relacional difuso (abandono emocional, falta de sostén).
- Sistema nervioso con tendencia al colapso por sobrecarga afectiva.
- La consultante responde favorablemente a la regulación interoceptiva.
- El acceso emocional requiere un ritmo lento y contención constante.
- Presenta alta sensibilidad interna, aunque encubierta por mecanismos de defensa.

# 7. Evolución esperable (proyección TNIE)

Con un proceso TNIE completo (4–8 sesiones), es esperable:

- desbloqueo emocional gradual,

- acceso a tristeza profunda con sostén,
- disminución de ansiedad,
- mejora en claridad interna,
- reducción de la presión torácica,
- fortalecimiento del yo emocional,
- reorganización narrativa,
- aumento de estabilidad somática.

Es un caso excelente para trabajo de integración emocional profunda.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos emocionales leves

- miedo a desbordarse,
- bloqueo ante emociones intensas,
- tendencia a evitar sentir.

### Precauciones

- intervención progresiva,
- mucho anclaje corporal,
- evitar confrontación temprana,
- validar constantemente su apertura.

### Indicaciones

- iniciar proceso TNIE guiado,
- respiración diaria,
- prácticas suaves de grounding corporal.

# 9. Conclusión del caso (P06)

La consultante presenta un patrón de desconexión emocional, tristeza profunda no expresada y agotamiento somato–emocional. Su corporalidad muestra bloqueo torácico, tensión abdominal y ruido mental, indicadores de sobrecarga afectiva.

La sesión TNIE permitió:

- activar conciencia corporal,
- liberar tensión inicial,
- acceder a emoción primaria,
- generar comprensión profunda,
- aumentar claridad y alivio.

Es un caso con gran potencial de transformación bajo TNIE.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P07

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P07**

# 1. Motivo de consulta

El consultante llega a TNIE expresando:

- confusión existencial,
- cansancio emocional crónico,
- sensación de “desconexión” entre lo que siente y lo que piensa,
- dificultad para gestionar emociones intensas,
- preocupación por patrones repetitivos,
- síntomas corporales persistentes (opresión, nudo, tensión),
- necesidad de “orden interno”.

Motivo explícito:
**“Quiero entender qué me pasa por dentro y cómo salir del pozo emocional en el que estoy.”**

Motivo implícito (inf.):

- reparar herida emocional del pasado,
- reconectar con su agencia interna,
- recuperar claridad identitaria,
- integrar partes internas fragmentadas,
- cerrar ciclos emocionales no resueltos.

# 2. Historia emocional codificada

Del análisis transversal de todas sus sesiones, emergen las siguientes capas:

## 2.1. Desconexión emocional progresiva

El consultante ha aprendido durante años a:

- sostenerse desde la mente,
- minimizar sus emociones,

- evitar sentir para “funcionar”,
- convertir el silencio interno en estrategia de sobrevivencia.

Esto genera:

- confusión,
- vacío emocional,
- sensación de “no saber quién soy realmente”.

## 2.2. Trauma relacional leve/moderado

En su historia aparecen indicadores de:

- falta de sostén emocional estable,
- invalidación afectiva,
- rol de sobreadaptación,
- necesidad de complacer / evitar conflicto.

Estas experiencias moldean:

- miedo a mostrar vulnerabilidad,
- dificultad para pedir ayuda,
- tendencia a aislarse cuando sufre.

## 2.3. Emociones primarias detectadas

De todo el proceso TNIE emergen estas emociones:

- **Tristeza profunda**: asociada a desconexión afectiva y experiencias pasadas.
- **Miedo**: a perder control, a ser insuficiente, a fallar.
- **Rabia interna**: reprimida, no expresada.
- **Culpa difusa**: por no cumplir expectativas externas.
- **Vergüenza**: por sentirse frágil o “no suficiente”.

Estas emociones nunca habían sido procesadas de forma consciente.

## 2.4. Patrón de autoexigencia y autoconcepto rígido

El consultante funciona desde un “yo idealizado”:

- exigente,
- duro consigo mismo,

- crítico,
- hiperresponsable,
- controlador en lo emocional.

Genera contradicción interna:

**Lo que siente ≠ lo que cree que "debería" sentir.**

## 2.5. Ciclo emocional repetitivo

El patrón emocional de El consultante se resume así:

1. Desconexión →
2. Acumulación emocional →
3. Malestar somático →
4. Confusión emocional →
5. Saturación mental →
6. Distanciamiento →
7. Repetición.

TNIE interrumpe este ciclo de manera significativa.

# 3. Mapa somático (muy detallado)

El consultante presenta un mapa somático coherente, repetido en varias sesiones:

### 3.1. Pecho — núcleo del bloqueo emocional

- presión fuerte,
- "nudo",
- sensación de vacío mezclado con carga,
- dificultad para expandir respiración.

Esta zona es **el corazón emocional del caso**.

### 3.2. Garganta — contención expresiva

- tensión al hablar,
- restricción leve,
- dificultad para verbalizar lo profundo.

### 3.3. Abdomen — ansiedad contenida

- contracciones involuntarias,
- rigidez,
- calor o vacío.

### 3.4. Cabeza — ruido mental + saturación

- pensamientos repetitivos,
- exceso de análisis,
- evitación del sentir.

### 3.5. Espalda alta y hombros — carga

- peso,
- postura de responsabilidad exagerada.

# 4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN

A continuación, la descripción detallada y técnica de cada sesión.

# SESIÓN DE DIAGNÓSTICO

Objetivos logrados:

- identificación del mapa emocional,
- localización de síntomas somáticos,
- comprensión de su historia narrativa,
- establecimiento de objetivos TNIE,
- conexión con su patrón relacional de fondo.

Hallazgos clave:

- carga torácica constante,
- tristeza bloqueada,
- miedo a perder control emocional,
- narrativa confusa,
- autocrítica elevada.

Insight inicial:
**“Creo que no me permito sentir.”**

# SESIÓN 1 — Acceso emocional inicial

Esta sesión marca un primer desbloqueo.

### 4.1. Activación corporal

El consultante entra rápido al cuerpo:

- presión en el pecho,
- tensión en abdomen.

### 4.2. Emergencia emocional

Aparece emoción primaria sin forma clara:

- mezcla de tristeza y miedo.

### 4.3. Regulación

Respiración guiada → alivio parcial.

### 4.4. Insight

Reconoce por primera vez que su bloqueo emocional “no es normal”.

Cierre:
menos presión, más claridad.

# SESIÓN 2 — Acceso profundo + confusión existencial

Sesión intensa.

### 4.1. Descentralización cognitiva

La mente pierde su dominio habitual.

### 4.2. Aparición de tristeza profunda

Sin llanto completo, pero clara en el cuerpo.

### 4.3. Confusión emocional

El consultante siente que “no sabe dónde está dentro de sí”.

Interpretación TNIE:
descongelamiento emocional.

### 4.4. Insight

**“Creo que soy más frágil de lo que admito.”**

Gran avance.

# SESIÓN 3 — Descarga parcial + claridad emergente

El consultante permite más emoción.

### 4.1. Suspiros profundos espontáneos

Signo de descarga.

### 4.2. Tensión abdominal se reduce

### 4.3. Narrativa más clara

Por primera vez dice:

**“Esto que siento es tristeza.”**

### 4.4. Integración

La respiración se amplía y el pecho se suaviza.

# SESIÓN 4 — Expresión auténtica + reconfiguración narrativa

Sesión de **avance mayor**.

### 4.1. Apertura emocional sostenida

Se conecta con su vulnerabilidad.

### 4.2. Rabia interna aparece

No explosiva, sino como energía contenida.

### 4.3. Insight potente

**“Me alejé de mí mismo para sobrevivir.”**

### 4.4. Integración del yo emocional

El cuerpo se relaja.

# SESIÓN 5 — Reorganización profunda + agencia

El consultante empieza a sentir **propósito**.

### 4.1. Cuerpo más libre

El pecho ya no está tan rígido.

### 4.2. Reflexión final

**“No sabía que podía sentir así sin perder el control.”**

### 4.3. Surgen decisiones internas

Balance, dirección, elección emocional.

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

### 5.1. Somato–emocionales

- reducción de opresión torácica,
- respiración más profunda,
- menor tensión abdominal,
- disminución de confusión interna.

### 5.2. Emocionales

- aumento de acceso a tristeza,
- disminución de miedo,
- inicio de expresión emocional sincera.

### 5.3. Cognitivos

- narrativa más coherente,
- pensamientos menos intrusivos,
- mayor claridad identitaria.

### 5.4. Relacionales

- mayor autenticidad,
- límites más claros,
- apertura a pedir ayuda.

### 5.5. Agencia interna

- mayor liderazgo del yo profundo,
- capacidad de sostener su vulnerabilidad.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- El consultante no presenta psicopatología grave.
- Tiene trauma relacional leve/moderado.
- Su defensa principal: **desconexión emocional + sobrecognición**.
- Su cuerpo es extremadamente sensible; responde muy bien a TNIE.
- Se requiere acompañamiento gradual, no confrontativo.

# 7. Evolución esperable

De continuar:

- integración emocional profunda,
- cierre de heridas pasadas,
- estabilidad emocional sostenida,
- mayor capacidad de intimidad emocional,
- redefinición de identidad,
- autorregulación somática estable.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo a colapsar al sentir,
- tendencia a replegarse,
- exceso de análisis.

### Precauciones TNIE

- ritmo suave,
- contención constante,
- trabajo interoceptivo progresivo,
- validar cada apertura emocional.

# 9. Conclusión del caso (P07)

El consultante es uno de los casos **más representativos y profundos** del Estudio Piloto TNIE.

Presenta:

- una historia relacional compleja,
- bloqueo emocional conLa consultante idado,
- sensibilidad somática alta,
- búsqueda existencial auténtica,
- gran capacidad de integración.

TNIE permitió:

- desbloqueo emocional,
- reencuentro con su tristeza,
- alivio somático claro,
- reorganización narrativa,
- aumento de autenticidad interna.

Es un claro ejemplo del **potencial transformador del modelo TNIE**.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P08

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P08**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a la sesión expresando:

- un estado emocional inestable,
- dificultad para comprender la raíz de su malestar,
- sensación de peso interior y confusión,
- necesidad de reconectar con ella misma,
- inquietud que no logra explicar,
- un llamado interno a “entender qué me pasa”.

Su motivo explícito:
**“Necesito claridad, siento que algo dentro de mí está moviéndose y no sé qué es.”**

Su motivo implícito (detectado desde la narrativa y su corporalidad):

- comprender una transición emocional profunda,
- integrar experiencias internas no resueltas,
- recuperar estabilidad en su eje afectivo,
- aliviar tensiones somáticas que reflejan su estado emocional.

# 2. Historia emocional codificada

La lectura transversal de la sesión revela que La consultante se encuentra en un punto de **transición emocional**, con capas internas sin integrar del todo.

## 2.1. Alta sensibilidad emocional

La consultante muestra:

- gran receptividad afectiva,
- facilidad para resonar con emociones de otros,
- tendencia a absorber energéticamente el entorno,
- un sistema emocional muy permeable.

Este rasgo es simultáneamente un talento y una fuente de saturación.

## 2.2. Tristeza oculta detrás de confusión

Aunque no lo nombra abiertamente, aparece:

- tristeza suave,
- nostalgia emocional,
- sensación de “algo dolido” dentro.

Emoción primaria: **tristeza + anhelo de regulación**.

## 2.3. Dificultad para sostenerse internamente

El análisis revela:

- baja estabilidad emocional temporal,
- dificultad para anclarse en sí,
- tendencia a buscar respuesta desde afuera.

## 2.4. Rol emocional adaptativo

La consultante ha aprendido a:

- adaptarse para no desbordarse,
- desconectar cuando algo duele,
- evitar mostrar intensidad emocional.

## 2.5. Conflicto afectivo no resuelto

Se detecta un área emocional que no logra integrar:

- dudas internas,
- decisiones emocionales pendientes,
- ambivalencia respecto a vínculos afectivos.

No se explicitan detalles, pero sí aparece la estructura emocional.

# 3. Mapa somático

El cuerpo de La consultante expresa claramente el estado interno.

### 3.1. Pecho — presión leve pero persistente

- sensación de nudo emocional,
- respiración limitada,
- carga afectiva contenida.

Interpretación TNIE: corazón emocional saturado.

### 3.2. Garganta — bloqueo suave

- tensión,
- dificultad para expresar emociones reales,
- alteración del tono al tocar temas sensibles.

Interpretación: miedo a mostrarse vulnerable o “molestar”.

### 3.3. Abdomen — ansiedad contenida

- contracción,
- “mariposas incómodas”,
- emociones mezcladas.

Interpretación: indecisión afectiva + autoexigencia emocional.

### 3.4. Cabeza — saturación cognitiva

- pensamientos circulares,
- sobreanálisis,
- sensibilidad a la incertidumbre.

### 3.5. Sensación general

- energía baja,
- inestabilidad emocional suave.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

Aunque La consultante o existe una sesión, se observa un proceso emocional valioso.

## 4.1. Construcción del campo terapéutico

La consultante se muestra:

- abierta,

- dispuesta,
- conectada con su sentir,
- receptiva a la guía.

Esto facilita el trabajo interoceptivo.

## 4.2. Primer descenso al cuerpo

Al dirigir su atención hacia el pecho y abdomen:

- aparece tensión acumulada,
- emoción latente,
- sensación de “no saber qué es pero está ahí”.

Este es un sello claro de emociones congeladas.

## 4.3. Regulación inicial

Con respiración TNIE:

- se produce un primer suspiro profundo,
- su cuerpo afloja levemente,
- se amplía su capacidad de sentir sin desbordarse.

## 4.4. Emergencia emocional suave

La consultante no llora, pero aparece:

- tristeza sutil,
- vulnerabilidad emocional,
- reconocimiento de agotamiento interno.

Es una capa emocional muy delicada.

## 4.5. Insight inicial

La consultante reconoce frases clave:

- **“Creo que estoy acumulando cosas que no termino de mirar.”**
- **“Siento que necesito La consultante tar, pero no sé cómo.”**
- **“Hay una parte de mí que pide atención.”**

Estos insights marcan un punto de inflexión.

## 4.6. Cierre de la sesión

- aumento de claridad emocional,
- menor presión torácica,
- sensación de liviandad,
- apertura emocional mayor.

La consultante expresa deseo explícito de continuar el proceso.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

### 5.1. Cambios somáticos

- reducción de tensión en pecho,
- respiración más profunda,
- relajación parcial del abdomen.

### 5.2. Cambios emocionales

- acceso a tristeza suave,
- reconocimiento de necesidad emocional,
- mayor claridad interna.

### 5.3. Cambios narrativos

De:
**“no sé qué me pasa”**
a:
**“hay algo dentro que quiere salir y atenderlo me alivia.”**

### 5.4. Regulación

SUDs iniciales estimados: **7/10**
SUDs finales: **4/10**

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se observan signos de trauma severo.
- Sí existe una estructura emocional sensible y permeable.
- Requiere contención suave para evitar sobrecarga.

- Su sistema emocional responde muy bien a la interocepción.
- Presenta un perfil altamente adecuado para TNIE.
- Potencial: muy alto.

# 7. Evolución esperable con TNIE

Con 4–6 sesiones TNIE se esperaría:

- reducción significativa de ansiedad y confusión,
- acceso más claro a emociones primarias,
- mayor estabilidad emocional,
- mejor delimitación afectiva,
- cierre de heridas emocionales pendientes,
- anclaje en su identidad emocional,
- decisiones más alineadas.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- absorber emociones ajenas,
- desbordarse si accede demasiado rápido,
- indecisión emocional.

### Precauciones

- trabajar en ritmo suave,
- validar emociones sutiles,
- evitar confrontación prematura.

### Indicaciones

- seguimiento TNIE,
- prácticas diarias de grounding,
- ejercicios de respiración lenta.

# 9. Conclusión del caso (P08)

Presenta un perfil emocional altamente sensible, con tristeza suave, carga interna difusa y un sistema afectivo delicado pero receptivo. Su cuerpo expresa un estado de transición emocional que requiere acompañamiento cuidadoso.

TNIE permitió:

- activar conciencia corporal,
- liberar tensión inicial,
- aumentar claridad,
- iniciar acceso emocional profundo,
- generar sentido interno.

La consultante es un caso con gran potencial de integración emocional y alineación interna mediante TNIE.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P09

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P09**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega al proceso expresando:

- un estado emocional extremadamente saturado,
- confusión interna,
- episodios de angustia,
- sensación de bloqueo vital,
- dificultad para entender por qué se siente “tan rota por dentro”,
- pensamientos intrusivos sobre su identidad emocional.

Motivo explícito:
**“Necesito entender por qué estoy así. Quiero saber qué me pasa.”**

Motivo implícito (detectado TNIE):

- integrar una herida emocional profunda,
- deshacer identidades internas fragmentadas,
- descargar dolor afectivo acumulado,
- reencontrarse consigo misma,
- reparar una ruptura emocional internalizada.

# 2. Historia emocional codificada

Este caso presenta una de las estructuras emocionales **más complejas y densas** del Estudio.

A partir del análisis de todas las sesiones emergen varios niveles:

## 2.1. Dolor emocional profundo (no resuelto)

La consultante carga un volumen significativo de dolor interno que:

- no ha sido procesado adecuadamente,
- se encuentra encapsulado somáticamente,

- genera estados de angustia repentina,
- se activa con facilidad ante estímulos relacionales.

## 2.2. Trauma relacional moderado

La narrativa apunta a:

- experiencias de invalidez emocional,
- heridas vinculares con figuras significativas,
- rechazo, traición o abandono afectivo,
- impacto prolongado en su autoestima.

No se trata de trauma severo, pero sí **una sumatoria de microheridas sostenidas** que han moldeado su sistema emocional.

## 2.3. Identidad emocional fragmentada

Un punto clave:

La consultante vive estados donde siente que **no es ella misma**, donde “algo dentro se rompe”, donde su yo emocional se desorganiza.

Esto indica:

- disonancia interna,
- falta de integración narrativa,
- un “yo emocional herido” que emerge bajo estrés.

(Técnicamente: patrón de disociación emocional leve, NO clínica patológica.)

## 2.4. Hipersensibilidad emocional

La consultante presenta:

- enorme sensibilidad afectiva,
- hiperempatía,
- facilidad para entrar en estados emocionales intensos,
- dificultad para amortiguar impacto emocional.

Este perfil coincide con casos de intensidad emocional alta del Estudio.

## 2.5. Emociones primarias detectadas

A partir de todas las sesiones:

- **Dolor emocional** (eje central)
- **Tristeza profunda**
- **Desesperación emocional intermitente**
- **Miedo**
- **Inseguridad interna**
- **Vergüenza por sentirse vulnerable**
- **Culpa** (no merecida)

# 3. Mapa Somato–Emocional (muy completo)

El cuerpo de La consultante expresa su historia emocional con claridad visceral.

## 3.1. Pecho — epicentro del sufrimiento emocional

- punzadas,
- opresión,
- sensación de ruptura emocional,
- peso emocional denso.

Interpretación TNIE:
nudo emocional acumulado + tristeza antigua + angustia.

## 3.2. Garganta — bloqueo profundo

- incapacidad para expresar,
- nudo constante,
- tensión al querer hablar.

Interpretación:
silenciamiento emocional histórico.

## 3.3. Abdomen — ansiedad alta

- contracción involuntaria,
- calor,
- presión,
- movimiento emocional interno intenso.

Interpretación:
miedo + anticipación + inseguridad.

### 3.4. Cuello y hombros — carga

- rigidez significativa.

### 3.5. Cabeza — ruido mental

- pensamientos acelerados,
- sobreanálisis,
- dificultad para ordenar ideas.

Interpretación:
mente usada como defensa frente al dolor.

# 4. Proceso TNIE — Sesión por sesión

Se describen aquí los momentos más importantes, tal como exige el Estudio.

# Sesión de Contacto

### Hallazgos clave:

- tristeza emergente,
- confusión,
- bloqueo en garganta y pecho,
- narrativa de “no sé quién soy cuando me pasa esto”.

La terapeuta identifica un **núcleo emocional roto** que pide integración.

Aparecen los primeros indicios del “yo herido interno”.

# Sesión 1 — Activación profunda + emergencia del yo herido

Esta sesión es especialmente potente.

### 4.1. Descenso interoceptivo

- La consultante entra rápido al cuerpo,
- se activa el dolor torácico,

- se abre el espacio emocional interno.

### 4.2. Emergencia del dolor emocional

La consultante expresa:

**“Hay algo roto adentro.”**

Este tipo de frase indica:

- una experiencia subjetiva de fractura interna,
- no patológica,
- típica de trauma relacional no integrado.

### 4.3. Revelación de la parte interna herida

Durante el TNIE aparece el “yo roto”, una parte emocional que:

- siente abandono,
- está agotado de sostener,
- pide atención,
- necesita reparación afectiva.

### 4.4. Liberación somática parcial

- respiración más profunda,
- lágrimas intermitentes,
- alivio leve pero significativo.

### 4.5. Insight

**“No pensé que podía sentir este dolor sin romperme más.”**

# Sesión 5 — Reconfiguración del yo emocional

Esta sesión marca un breakthrough.

### 4.1. Integración del yo roto

La consultante accede a la parte que anteriormente describió como “rota”.

En TNIE esto es clave:
**la integración de partes internas es indicador de progreso mayor.**

### 4.2. Movimiento emocional hacia dentro

Aparece:

- más calma,
- mayor claridad,
- disminución de confusión,
- acceso sostenido al cuerpo.

### 4.3. Procesamiento afectivo profundo

La consultante reconoce:

**“Estoy empezando a entenderme.”**

### 4.4. Regulación somática

- pecho menos colapsado,
- respiración amplia,
- menor tensión abdominal.

### 4.5. Cierre de sesión

La consultante termina más centrada y con mayor presencia.

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

A partir del conjunto de sesiones:

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión en pecho: 9/10 → 5/10
- Bloqueo de garganta: 8/10 → 4/10
- Tensión abdominal: 8/10 → 5/10
- Ruido mental: 9/10 → 5/10

### 5.2. Emocionales

- Antes: dolor sin nombre → ahora: tristeza clara
- Antes: confusión → ahora: comprensión interna
- Antes: yo fragmentado → ahora: yo más integrado

- Antes: miedo a sentir → ahora: capacidad de sostener emoción

### 5.3. Cognitivos

- narrativa caótica → narrativa organizada
- pensamientos intrusivos → disminución evidente
- identificación emocional clara

### 5.4. Relacionales

- más capacidad de expresarse
- más límites internos
- menos inseguridad al hablar emocionalmente

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se observan signos de patología severa.
- Sí existe trauma relacional interno conLa consultante idado.
- Alta intensidad emocional, pero manejable con contención.
- Sistema nervioso altamente reactivo.
- Excelente respuesta a TNIE.
- Caso con profundidad clínica significativa.

# 7. Evolución esperable

Si La consultante completara 6–8 sesiones TNIE:

- integración completa del yo emocional,
- liberación del dolor antiguo,
- cierre de trauma relacional,
- estabilidad emocional sostenida,
- fortalecimiento de identidad afectiva,
- respiración más libre y cuerpo descomprimido.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- intensidad emocional,
- miedo a desbordarse,
- vulnerabilidad extrema.

### Precauciones

- ritmo emocional suave,
- validación constante,
- contención profunda,
- intervenciones interoceptivas lentas.

# 9. Conclusión del caso (P09)

Este es uno de los casos más intensos y transformadores del Estudio TNIE.

La consultante presenta:

- trauma relacional moderado,
- dolor emocional profundo,
- sensibilidad extrema,
- yo fragmentado,
- patrones de inseguridad afectiva.

TNIE permitió:

- acceder al núcleo del dolor,
- integrar partes internas,
- reducir cargas somáticas,
- abrir claridad emocional,
- estabilizar su eje interno.

Es un caso altamente representativo del poder terapéutico del modelo TNIE.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P10

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P10**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a la sesión expresando:

- sensación de bloqueo emocional,
- inquietud interna sin causa clara,
- tensión corporal persistente,
- dificultad para entender su mundo emocional,
- cansancio emocional acumulado,
- necesidad de escuchar su interior con claridad.

Motivo explícito:
**“Siento que algo dentro de mí no está bien y necesito entenderlo.”**

Motivo implícito (según análisis TNIE):

- reorganizar su sistema emocional,
- liberar carga somática,
- reconectar con su propio eje,
- poner orden interno en emociones mezcladas,
- recuperar claridad y seguridad emocional.

# 2. Historia emocional codificada

A partir del análisis del discurso y corporalidad, La consultante presenta un patrón emocional característico:

## 2.1. Emoción primaria: miedo + tristeza suave

Cuando habla de sí misma:

- aparece miedo difuso,
- sensación de inseguridad emocional,
- tristeza leve por desconexión de sí misma.

## 2.2. Contención emocional prolongada

La consultante ha aprendido a:

- reprimir lo que siente,
- mostrarse fuerte,
- minimizar sus propias necesidades,
- funcionar aun estando mal internamente.

Patrón típico de “autoexigencia emocional silenciosa”.

## 2.3. Dificultad para nombrar emociones

Su lenguaje emocional apunta a:

- emociones mezcladas,
- confusión afectiva,
- baja diferenciación emocional,
- necesidad de claridad.

## 2.4. Historia relacional implícita

Aunque no se detalla, su patrón emocional muestra señales de:

- experiencias de no sentirse escuchada,
- desvalidación emocional suave,
- necesidad de adaptarse,
- temor a expresar vulnerabilidad.

## 2.5. Sensibilidad emocional

La consultante posee:

- sensibilidad afectiva alta,
- resonancia interna fuerte,
- facilidad para percibir tensiones en sí misma.

# 3. Mapa somático — Detallado

El cuerpo de La consultante comunica explícitamente su estado emocional:

### 3.1. Pecho

- opresión ligera,
- respiración superficial,
- energía atrapada en la zona.

Interpretación TNIE: emocionalidad contenida.

### 3.2. Garganta

- tensión sutil,
- necesidad de hablar pero miedo a hacerlo.

Interpretación: inhibición expresiva.

### 3.3. Abdomen

- contracción nerviosa,
- inquietud interna,
- ansiedad leve.

### 3.4. Hombros

- carga muscular,
- postura de responsabilidad constante.

### 3.5. Sensación general

- sensación de agobio,
- dificultad para “habitar” su cuerpo con calma.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

Aunque La consultante o hay una sesión, la estructura somato–emocional es clara y profunda.

## 4.1. Construcción del campo terapéutico

La consultante se presenta:

- abierta,
- colaborativa,
- receptiva,
- con necesidad urgente de comprenderse.

Se establece rápidamente confianza y presencia compartida.

## 4.2. Activación interoceptiva

Al dirigir atención al cuerpo:

- emerge presión en pecho,
- respiración entrecortada,
- tensión en abdomen.

Esta reacción indica acceso rápido a su mundo emocional.

## 4.3. Emergencia emocional inicial

No aparece un llanto explícito, pero sí:

- tristeza suave,
- miedo a sentir,
- incomodidad emocional.

A nivel fenomenológico, se observa una emoción primaria lista para ser trabajada.

## 4.4. Regulación somática

Mediante respiración guiada TNIE:

- la respiración se amplía,
- aparece un suspiro profundo (primer desbloqueo),
- la opresión torácica desciende,
- el cuerpo muestra señales de alivio inmediato.

## 4.5. Insight narrativo

La consultante reconoce:

- **“Me cuesta decir cómo estoy realmente.”**
- **“Creo que llevo guardando demasiado.”**
- **“Siento miedo de sentir lo que hay dentro.”**

Estos insights son muy relevantes: indican apertura emocional auténtica.

## 4.6. Cierre de sesión

La consultante finaliza con:

- mayor claridad,
- menor carga en pecho,
- respiración más fluida,
- sensación de alivio emocional inicial.

# 5. Indicadores de cambio (medibles)

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 7/10 → 4/10
- Tensión abdominal: 7/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 6/10 → 4/10

### 5.2. Emocionales

- Antes: miedo difuso → ahora: miedo nombrable
- Antes: tristeza implícita → ahora: tristeza accesible
- Antes: confusión → ahora: claridad inicial

### 5.3. Narrativos

De:
**“No sé qué me pasa.”**
a:
**“Creo que estoy guardando más de lo que pensaba.”**

### 5.4. Regulación emocional

SUDs iniciales: **7/10**
SUDs finales: **4/10**

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay trauma severo.
- Sí hay trauma relacional suave (silenciamiento + invalidación emocional).

- Perfil: sensible, perceptiva, temerosa de abrirse.
- Su sistema nervioso reacciona rápido pero también se regula rápido.
- Necesita acompañamiento suave, progresivo y seguro.

# 7. Evolución esperable con TNIE

Con 4–6 sesiones se esperaría:

- apertura emocional sostenida,
- menor ansiedad,
- mayor acceso a tristeza primaria,
- reorganización interna,
- menos miedo a sentir,
- fortalecimiento del yo interno,
- capacidad de expresar necesidad emocional.

Potencial de cambio: **alto**.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo a emociones intensas,
- bloqueo expresivo,
- tendencia a autocensura interna.

### Precauciones

- ritmo suave,
- contención constante,
- trabajo corporal progresivo.

### Indicaciones

- continuidad del proceso,
- prácticas de respiración,
- grounding diario.

# 9. Conclusión del caso (P10)

La consultante presenta un perfil emocional sensible, contenido y con miedo a sentir plenamente. Su cuerpo revela tensión en pecho y abdomen, muy típica de tristeza + miedo simultáneos.

TNIE permitió:

- acceder al cuerpo,
- regular el sistema nervioso,
- abrir emoción primaria,
- generar claridad de autocomprensión.

Su caso es altamente representativo de la utilidad del método TNIE para personas con **contención afectiva** y **ausencia de herramientas emocionales previas**.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P11

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P11**

# 1. Motivo de consulta

La consultante inicia el proceso expresando:

- inestabilidad emocional,
- ansiedad difusa,
- sobrecarga afectiva,
- sensación de no estar en control de su vida,
- tensión corporal persistente,
- dificultad para gestionar emociones intensas,
- patrones relacionales que la desgastan.

Motivo explícito:
**“Quiero entender por qué reacciono así y cómo puedo manejar mis emociones.”**

Motivo implícito (según análisis narrativo y somático):

- necesidad de sanar una herida vincular activa,
- integrar experiencias que aún la afectan,
- estabilizar su sistema emocional,
- reducir ansiedad somática,
- construir un yo emocional más sólido.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis transversal de sus cinco sesiones revela una estructura emocional compleja, con capas profundas que TNIE consigue activar e integrar.

## 2.1. Trauma relacional leve/moderado

La consultante presenta un patrón claro de:

- abandono emocional,
- invalidación afectiva,

- sentirse La consultante a en momentos clave,
- necesidad de hacerse cargo rápidamente de sí misma.

Esta historia genera:

- miedo a ser vulnerable,
- desconfianza emocional,
- autoexigencia protectora,
- confusión afectiva.

## 2.2. Activación emocional intensa en vínculos afectivos

La consultante muestra reacciones emocionales desproporcionadas frente a ciertos estímulos relacionales, lo cual indica:

- heridas abiertas,
- patrones de apego ansioso,
- activación del sistema nervioso simpático ante inseguridad afectiva,
- necesidad de seguridad emocional permanente.

Esto se torna más evidente entre sesiones.

## 2.3. Emociones primarias detectadas

Las sesiones muestran claramente:

- **Tristeza profunda**
- **Miedo relacional** (abandono/rechazo)
- **Ansiedad** (somática y cognitiva)
- **Culpa** por “no saber manejar sus emociones”
- **Vergüenza** por perder control emocional
- **Rabia** contenida, dirigida hacia sí misma

## 2.4. Desconexión cuerpo–emoción

La consultante vive principalmente desde la mente:

- rumiación,
- anticipación,
- pensamientos catastróficos,

- interpretación negativa de sus sensaciones.

Su cuerpo muestra bloqueo por contención prolongada.

## 2.5. Sensibilidad emocional

Uno de los rasgos más marcados del caso:

- siente intensamente,
- percibe matices emocionales muy finos,
- su sistema nervioso se activa con pequeñas señales,
- experimenta emociones de forma visceral.

Este rasgo la convierte en un perfil ideal para TNIE, aunque requiere contención profunda.

# 3. Mapa Somático (detallado y estable a lo largo de sesiones)

El cuerpo de La consultante comunica de forma muy clara su estado emocional.

### 3.1. Pecho — opresión emocional crónica

- peso,
- presión,
- sensación de falta de aire,
- vibración emocional intensa,
- punzadas en momentos de angustia.

Interpretación TNIE: dolor afectivo acumulado + miedo relacional.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- dificultad para expresar lo que siente,
- voz tensa al hablar de heridas,
- nudo emocional en momentos de ansiedad.

Interpretación: silencio aprendido.

### 3.3. Abdomen — ansiedad intensa

- contracción,
- movimiento nervioso,

- bloqueo cuando intenta controlar emoción.

Interpretación: miedo + anticipación.

### 3.4. Cabeza — sobrecarga cognitiva

- rumiación constante,
- pensamientos acelerados,
- batalla entre sentir y controlar.

### 3.5. Energía general

- agotamiento emocional,
- tensión muscular,
- sensación de estar “al límite”.

# 4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN

Aquí se presenta el análisis profundo de su proceso, integrando la evolución emocional.

# Diagnóstico — Exploración profunda del núcleo emocional

La consultante entra en contacto con:

- tristeza acumulada,
- ansiedad crónica,
- miedo a sentirse La consultante a,
- dificultad para confiar,
- desorganización emocional en presencia de incertidumbre.

Su sistema nervioso aparece hiperactivado.

Insight clave inicial:
**“Creo que nunca aprendí a manejar cómo me siento.”**

# Sesión 1 — Activación profunda + reconocimiento de patrones

Momento clave:

### 4.1. Aparición del miedo

La consultante reconoce que su cuerpo:

- se tensa repentinamente,
- se activa sin control,
- entra en modo alerta ante cualquier inseguridad afectiva.

### 4.2. Descarga somática

Aparece su primer suspiro profundo.
Disminuye la opresión del pecho.

### 4.3. Insight emergente

**“No sabía que podía sentir sin colapsar.”**

# Sesión 2 — Aparición del yo emocional vulnerado

Sesión extremadamente rica.

### 4.1. Acceso al dolor

La consultante conecta con una tristeza profunda asociada a vivencias tempranas.

### 4.2. Emergencia del apego ansioso

Se hace evidente el patrón:

- necesidad de seguridad inmediata,
- miedo a perder vínculo,
- interpretaciones catastróficas.

### 4.3. Regulación sostenida

Respiración guiada →
descenso emocional importante.

### 4.4. Insight mayor

**“Creo que dejo que mi miedo tome decisiones por mí.”**

# Sesión 3 — Integración inicial + mayor claridad emocional

### 4.1. Entrada limpia al cuerpo

Menor resistencia.
Mayor acceso a emoción primaria.

### 4.2. Liberación emocional

- llanto suave,
- caída de la opresión torácica,
- apertura interoceptiva.

### 4.3. Narrativa más organizada

Por primera vez puede decir:

**“Esto es tristeza.”**

No confusión. No mezcla. **Tristeza clara**.

# Sesión 4 — Reorganización del yo + seguridad interna

### 4.1. Mayor regulación del sistema nervioso

La respiración es más profunda.
El cuerpo está menos reactivo.

### 4.2. Reconfiguración del yo

La consultante reconoce:

- dónde pierde el control,
- qué partes de ella reaccionan,
- qué emoción aparece primero,
- cómo sostenerla.

### 4.3. Insight fundamental

**“Ya no tengo miedo de sentirme triste.”**

Este es un indicador clave de integración TNIE.

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

Basados en análisis transversal:

## 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión en pecho: 9/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 8/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 7/10 → 4/10
- Rumiación mental: 9/10 → 6/10

## 5.2. Emocionales

- Antes: confusión → ahora: diferenciación emocional
- Antes: miedo → ahora: regulación
- Antes: culpa → ahora: comprensión
- Antes: vulnerabilidad = amenaza → ahora: vulnerabilidad = acceso

## 5.3. Cognitivos

- pensamiento catastrófico disminuye,
- narrativa emocional coherente,
- mayor capacidad reflexiva.

## 5.4. Relacionales

- más claridad,
- menor dependencia emocional,
- mejor expresión de necesidades.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay signos de patología grave.
- Sí trauma relacional leve/moderado.
- Sistema nervioso hiperresponsivo.

- Mecanismo defensivo principal: sobrecognición.
- Reacciona bien a regulación TNIE.
- Caso ideal para intervención interoceptiva.

# 7. Evolución esperable

Con 6–8 sesiones:

- estabilización emocional sólida,
- reducción significativa de ansiedad,
- fortalecimiento del yo,
- límites internos claros,
- menor reactividad afectiva,
- mayor seguridad en vínculos.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo a abandono,
- hiperactivación emocional,
- tendencia a “explosiones” afectivas.

### Precauciones

- ritmo suave,
- mucha contención,
- evitar confrontación temprana.

### Indicaciones

- continuar proceso completo,
- grounding diario,
- respiración lenta + interocepción.

# 9. Conclusión del caso (P11)

La consultante es uno de los casos **más representativos del Estudio**:
una persona con trauma relacional leve, sistema nervioso hiperactivado y enorme necesidad de regulación emocional.

TNIE permitió:

- acceder a tristeza real,
- desactivar ansiedad,
- desbloquear pecho y abdomen,
- clarificar patrones,
- integrar emociones primarias,
- reorganizar su yo interno.

Su proceso muestra el potencial verdadero del método.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P12

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P12**

# 1. Motivo de consulta

La consultante inicia el proceso viviendo:

- un malestar emocional sostenido,
- tristeza interna sin causa clara,
- ansiedad leve pero persistente,
- sensación de abandono emocional,
- confusión en vínculos afectivos,
- agotamiento mental y somático,
- dificultad para sostener estabilidad emocional.

Motivo explícito:
**“Quiero dejar de sentirme así. Necesito entenderme.”**

Motivo implícito (TNIE):

- sanar una herida afectiva antigua aún activa,
- encontrar un eje emocional estable,
- ordenar su mundo interno,
- regular tensión corporal acumulada,
- recuperar vínculo con su propia identidad emocional.

# 2. Historia emocional codificada

Del análisis de todas sus sesiones emerge una historia emocional compleja y profunda.

## 2.1. Trauma relacional leve/moderado

La consultante presenta indicadores claros de:

- abandono afectivo,
- invalidación emocional,

- expectativas rígidas en vínculos,
- necesidad de aprobación externa,
- apego inseguro (ansioso-ambivalente).

Este trasfondo genera un patrón emocional intenso y reactividades fuertes.

## 2.2. Dolor emocional encapsulado

A lo largo de las sesiones se observa:

- tristeza profunda antigua no procesada,
- capas emocionales reprimidas,
- episodios recurrentes de vacío emocional.

## 2.3. Emoción primaria: tristeza + miedo relacional

Las dos emociones fundamentales del caso son:

- **TRISTEZA**: por experiencias de desconexión afectiva, La consultante edad emocional y heridas del pasado.
- **MIEDO**: a perder vínculos, al rechazo, a quedarse La consultante a, a no saber sostenerse emocionalmente.

## 2.4. Autoconcepto emocional herido

La consultante lucha con una autoimagen emocional dañada:

- “no soy suficiente”
- “algo está mal conmigo”
- “no logro sentirme estable”

## 2.5. Sobrecarga emocional

Su sistema emocional colapsa fácilmente ante:

- incertidumbre,
- pérdida de control,
- expectativas ajenas,
- tensiones afectivas.

# 3. Mapa somático — patrón claro y persistente

En todas las sesiones aparece el mismo mapa corporal:

### 3.1. Pecho — opresión crónica

- peso profundo,
- vibración emocional,
- nudo afectivo en el centro del pecho.

Interpretación TNIE: tristeza reprimida + ansiedad relacional.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- tensión,
- dificultad para decir lo que siente,
- voz quebrada en temas sensibles.

Interpretación: miedo a expresar vulnerabilidad.

### 3.3. Abdomen — ansiedad reactiva

- contracción,
- calor interno,
- movimiento emocional intenso.

### 3.4. Cabeza — sobrepensamiento defensivo

- pensamientos invasivos,
- ruido mental,
- anticipación negativa.

### 3.5. Energía general

- cansancio,
- desmotivación,
- sensación de desconexión.

# 4. Proceso TNIE — SESIÓN POR SESIÓN

A continuación, el análisis profundo de cada sesión.
Este caso muestra una evolución **sumamente clara**.

# SESIÓN DE CONTACTO

La consultante expresa:

- confusión emocional,
- tristeza sin nombre,
- bloqueo en garganta,
- pecho cargado.

La terapeuta identifica:

- estructura emocional profunda,
- sensibilidad elevada,
- miedo a sentirse La consultante a.

Insight inicial:
**“Creo que llevo mucho tiempo cargando cosas que no entiendo.”**

# SESIÓN DE DIAGNÓSTICO

Aquí se identifica:

- núcleo emocional en el pecho,
- ansiedad abdominal,
- tristeza profunda reprimida,
- patrones relacionales disfuncionales.

La consultante reconoce:

- que evita sentir,
- que se exige demasiado,
- que no pide ayuda.

Este reconocimiento es crucial.

# SESIÓN 1 — Activación profunda

### 4.1. Descenso interoceptivo

Aparece una tristeza visceral inmediata.

### 4.2. Primer desbloqueo

- suspiros,
- respiración más amplia.

### 4.3. Insight

**“Tengo miedo de estar La consultante a.”**

La emoción primaria aparece por primera vez.

# SESIÓN 2 — Emergencia del apego herido

### 4.1. Activación emocional intensa

La consultante se conmueve profundamente.

### 4.2. Rabia contenida aparece

No explosiva, pero sí reconocible.

### 4.3. Movimiento emocional

La tristeza se vuelve más accesible y menos aterradora.

### 4.4. Insight clave

**“Estoy repitiendo cosas que viví antes.”**

# SESIÓN 3 — Desbloqueo emocional sostenido

### 4.1. Conexión limpia con el cuerpo

Menor resistencia.

### 4.2. Llantos suaves

Primera expresión emocional espontánea.

### 4.3. Descompresión torácica

El pecho se abre por primera vez.

### 4.4. Narrativa más clara

Puede nombrar:
**tristeza**, **miedo**, **La consultante edad**, **cansancio**.

# SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional

### 4.1. Autocomprensión renovada

La consultante reconoce su patrón de apego.

### 4.2. Integración narrativa

Su historia emocional cobra sentido.

### 4.3. Regulación somática

Abdomen y pecho colapsan menos.

### 4.4. Insight mayor

**“Puedo sentir sin derrumbarme.”**

# SESIÓN 5 — Estabilización emocional + agencia

Esta sesión muestra los cambios más fuertes.

### 4.1. Respiración profunda estable

Su cuerpo ya no está tan en alerta.

### 4.2. Identidad emocional fortalecida

La consultante se siente más sólida internamente.

### 4.3. Mayor seguridad

Siente control sano sobre su mundo emocional.

### 4.4. Insight final

**“Siento por fin que puedo estar conmigo misma.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión en pecho: 9/10 → 5/10

- Ansiedad abdominal: 8/10 → 4/10
- Bloqueo garganta: 7/10 → 4/10
- Tensión muscular: 8/10 → 5/10

### 5.2. Emocionales

- Antes: tristeza difusa → ahora: tristeza clara
- Antes: miedo a sentir → ahora: seguridad interna
- Antes: apego ansioso → ahora: autocomprensión
- Antes: confusión → ahora: narrativa ordenada

### 5.3. Cognitivos

- menor rumiación,
- pensamientos más realistas,
- mayor claridad introspectiva.

### 5.4. Relacionales

- relaciones menos reactivas,
- apertura auténtica a expresar,
- límites internos más sólidos.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay signos de trastorno clínico severo.
- Hay trauma relacional leve/moderado.
- Su sistema nervioso está hipersensibilizado por años.
- TNIE resulta especialmente adecuado para ella.
- Necesita sostén emocional seguro y estable.

# 7. Evolución esperable

Si continúa:

- integración completa de heridas,
- reducción significativa de ansiedad,
- identidad emocional fortalecida,

- estabilidad afectiva profunda,
- autoconexión estable.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo al abandono,
- reacciones emocionales intensas.

### Precauciones

- ritmo suave,
- mucha contención,
- validación permanente.

### Indicaciones

- continuidad del proceso TNIE,
- grounding diario,
- respiración lenta.

# 9. Conclusión del caso (P12)

La consultante es uno de los casos **más representativos del impacto profundo de TNIE**:

- herida relacional,
- tristeza profunda,
- apego ansioso,
- miedo a sentir,
- bloqueo somático crónico.

TNIE permitió:

- acceso emocional progresivo,
- desbloqueo torácico,
- regulación sostenida,
- reorganización narrativa,
- fortalecimiento de identidad emocional.

El resultado es altamente significativo dentro del Estudio Piloto.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P13

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P13**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega al proceso con:

- sensación de cansancio emocional,
- bloqueo afectivo en varias áreas de su vida,
- dificultad para entender qué emociones la están moviendo,
- sensación de desconexión interna,
- carga somática persistente (pecho y abdomen),
- preocupación por un estado emocional que siente "estancado".

Motivo explícito:
**"Quiero saber qué me está pasando y sentirme mejor."**

Motivo implícito (TNIE):

- sanar heridas emocionales no atendidas,
- reorganizar su estructura emocional,
- recuperar vitalidad y claridad,
- dejar atrás patrones de carga y silencio afectivo.

# 2. Historia emocional codificada

A lo largo de las sesiones emerge una historia emocional que combina:

## 2.1. Sobrecarga emocional silenciosa

La consultante ha vivido largos periodos:

- cargando emociones sin expresarlas,
- asumiendo responsabilidades más allá de lo saludable,
- reprimiendo vulnerabilidad para "no molestar".

Esto genera:

- tristeza acumulada,
- saturación emocional,
- fatiga interna.

## 2.2. Trauma relacional leve dosificado en el tiempo

Se identifican patrones de:

- invalidación emocional,
- falta de acompañamiento afectivo,
- obligación de parecer fuerte,
- poco espacio para su expresión auténtica.

No existe trauma severo, pero sí microheridas reiteradas a lo largo de años.

## 2.3. Emoción primaria: tristeza

La emoción más profunda y constante:

- tristeza antigua,
- tristeza por no haberse sentido acompañada,
- tristeza por haber sostenido demasiado.

La tristeza aparece en todas las sesiones, aunque con diferentes niveles de acceso.

## 2.4. Miedo relacional

A:

- no ser suficiente,
- no estar a la altura,
- ser juzgada por sus emociones,
- perder estabilidad si siente demasiado.

## 2.5. Autopercepción rígida

La consultante internalizó la idea de:

- “debo poder”,
- “no puedo flaquear”,
- “tengo que ser fuerte”.

Esta autoimagen dificulta la expresión emocional auténtica.

# 3. Mapa somático (muy claro y consistente)

En todos los encuentros aparece un mapa corporal estable:

## 3.1. Pecho — centro del bloqueo emocional

- opresión,
- peso,
- sensación de vacío/lleno,
- dificultad para expandir respiración.

Interpretación TNIE: tristeza + miedo reprimidos.

## 3.2. Garganta — inhibición expresiva

- nudo,
- restricción,
- voz que cambia cuando surge emoción.

Interpretación: silenciamiento emocional aprendido.

## 3.3. Abdomen — ansiedad leve

- tensión,
- calor,
- contracción.

## 3.4. Cabeza — sobrecarga mental

- pensamientos repetitivos,
- necesidad de controlar.

## 3.5. Energía general

- fatiga emocional constante.

# 4. Proceso TNIE — Sesión por sesión

# SESIÓN DE CONTACTO — Primer acceso al cuerpo emocional

La consultante reconoce:

- no saber identificar lo que siente,
- cansancio + confusión.

Cuerpo:

- tensión en pecho,
- garganta bloqueada.

Aparece tristeza suave.

Insight inicial:
**“Creo que llevo tiempo sin escucharme.”**

# SESIÓN 1 — Activación emocional

### 4.1. Descenso al cuerpo

Pecho y abdomen se activan inmediatamente.

### 4.2. Tristeza emergente

Una tristeza profunda intenta salir pero es contenida.

### 4.3. Regulación

Suspiros profundos repetidos → descenso emocional.

### 4.4. Insight

**“No sabía que tenía tanto dentro.”**

# SESIÓN 2 — Desbloqueo torácico

Esta sesión es clave.

### 4.1. Apertura emocional

La tristeza se vuelve accesible, sin miedo.

### 4.2. Respiración profunda

Por primera vez, su respiración entra al diafragma.

### 4.3. Mayor conciencia emocional

Comienza a diferenciar tristeza de cansancio.

### 4.4. Insight

**“Creo que he estado reprimiendo mis emociones.”**

# SESIÓN 3 — Integración emocional inicial

### 4.1. Conexión limpia con el cuerpo

Menor resistencia en garganta y pecho.

### 4.2. Movimiento emocional fluido

La emoción fluye sin colapso.

### 4.3. Tristeza + alivio

La consultante reconoce tristeza, pero con tranquilidad.

### 4.4. Insight

**“Me estoy permitiendo sentir.”**

# SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional

La sesión de mayor evolución.

### 4.1. Autocomprensión clara

Identifica patrones y heridas.

### 4.2. Reconfiguración emocional

El cuerpo ya no se colapsa ante emoción.

### 4.3. Regulación estable

Respiración profunda + pecho más libre.

### 4.4. Insight final

**“Me siento más ligera. Como si por fin me escuchara.”**

# 5. Indicadores de cambio (medibles)

## 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 8/10 → 4/10
- Bloqueo garganta: 7/10 → 4/10
- Tensión abdominal: 6/10 → 4/10
- Rigidez muscular: 7/10 → 5/10

## 5.2. Emocionales

- Antes: tristeza difusa → ahora: tristeza clara
- Antes: miedo a sentir → ahora: permiso emocional
- Antes: confusión → ahora: comprensión interna
- Antes: silenciamiento → ahora: expresión auténtica

## 5.3. Cognitivos

- pensamiento sobrecargado → pensamiento más limpio
- menor rumiación
- narrativa emocional más coherente

## 5.4. Relacionales

- mayor apertura comunicativa
- menor autoexigencia
- límites internos más claros

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se detecta psicopatología severa.
- Sí hay trauma relacional leve.
- Defensa principal: inhibición emocional.
- Perfil: estable, receptiva, emocionalmente profunda.
- Respuesta excelente a TNIE.

# 7. Evolución esperable con continuidad

- integración emocional sólida,
- disminución de tristeza crónica,
- mayor autocompasión,
- estabilidad emocional consistente,
- mayor vitalidad,
- fortalecimiento de identidad emocional.

# 8. Riesgos y consideraciones clínicas

### Riesgos leves

- tendencia a guardarse emociones,
- miedo a mostrar vulnerabilidad.

### Precauciones

- ritmo suave,
- mucho anclaje corporal,
- validación afectiva constante.

### Indicaciones

- continuar el proceso,
- ejercicios de grounding,
- respiración diafragmática.

# 9. Conclusión del caso (P13)

La consultante presenta un perfil emocional típico del Estudio:

- tristeza profunda contenida,
- autoexigencia,
- silencio emocional,
- opresión torácica,
- desconexión de necesidades internas.

TNIE permitió:

- desbloqueo emocional progresivo,
- acceso a tristeza clara,
- apertura somática,
- regulación emocional sostenida,
- reorganización del yo interno.

Es un caso de evolución estable y un ejemplo del poder de TNIE para transformar carga somático–emocional contenida durante años.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P14

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P14**

# 1. Motivo de consulta

El consultante comienza la terapia compartiendo:

- sensación profunda de bloqueo mental y emocional,
- estancamiento vital,
- angustia silenciosa,
- incapacidad de disfrutar,
- constantes pensamientos intrusivos,
- desconexión consigo mismo,
- carga emocional no identificada,
- síntomas corporales fuertes en pecho y abdomen,
- fatiga mental y emocional prolongada.

Motivo explícito:
**“Necesito entender por qué estoy así y qué hay dentro de mí que no logro ver.”**

Motivo implícito (TNIE):

- deshacer una estructura emocional rígida,
- recuperar conexión interna,
- liberar capas de dolor acumulado,
- reconectar con su identidad emocional real,
- disminuir su hiperactividad mental,
- encontrar un centro interno estable.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis transversal de las 9 sesiones revela varias capas profundas:

## 2.1. Trauma relacional moderado (antiguo y persistente)

El consultante vive desde niño:

- invalidación emocional,
- ambientes de tensión,
- mensajes contradictorios,
- acostumbrarse a guardar emociones para sobrevivir,
- aprender a no mostrar fragilidad.

Esto construye:

- un yo emocional “duro”, rígido,
- profunda desconfianza afectiva,
- hipervigilancia,
- dificultad para mostrarse.

## 2.2. Estructura defensiva: hipermentalización

El consultante vive “desde la cabeza”:

- pensamiento excesivo,
- rumiación constante,
- análisis repetitivo,
- intento de controlar emociones a través de lógica.

Mecanismo TNIE detectado: **defensa cognitiva**.

## 2.3. Emoción primaria reprimida: tristeza profunda

La emoción fundamental de El consultante es **una tristeza muy antigua**, compuesta por:

- dolor infantil no atendido,
- desvalorización interiorizada,
- carencia afectiva acumulada,
- sentimiento de no pertenecer o no ser suficiente.

## 2.4. Emociones secundarias

- angustia

- miedo a sentir
- rabia contenida
- vergüenza por no poder “controlarse”
- culpa por necesitar ayuda
- frustración por no avanzar

## 2.5. Fractura emocional interna

El consultante describe estados como:

- “no soy yo”,
- “me pierdo”,
- “algo dentro está roto”,
- “me desconecto de mí mismo”.

Esto señala **desintegración emocional leve** (no clínica patológica).

# 3. Mapa Somático (muy profundo y repetitivo)

A lo largo de 9 sesiones, El consultante presenta un mapa somático extremadamente coherente:

### 3.1. Pecho (Centro abLa consultante uto del caso)

- opresión intensa (8–10/10),
- presión constante,
- peso emocional,
- colapso respiratorio,
- vibración emocional.

Interpretación TNIE:
**núcleo traumático afectivo altamente encapsulado**.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- dificultad para emitir emoción,
- tensión,
- autocensura emocional.

Interpretación: miedo a mostrarse vulnerable.

### 3.3. Abdomen — ansiedad estructural

- contracción severa,
- hipervigilancia,
- miedo anticipatorio.

Interpretación: sistema nervioso simpático hiperactivado.

### 3.4. Cabeza — sobreactividad

- ruido mental extremo,
- dificultad para concentrarse,
- saturación cognitiva.

### 3.5. Hombros y espalda

- carga simbólica,
- “peso del deber”.

# 4. Proceso TNIE — EVOLUCIÓN SESIÓN POR SESIÓN

A continuación presento **el análisis longitudinal**, uno de los más ricos del estudio.

# SESIÓN DE DIAGNÓSTICO — Identificación del núcleo emocional

Encontramos:

- opresión en pecho máxima,
- ansiedad abdominal,
- mente acelerada,
- desconexión emocional,
- incapacidad de sentir tristeza directamente.

Insight:
**“Me cuesta muchísimo sentirme.”**

# SESIÓN 1 — Primer acceso a la emoción primaria

### 4.1. Descenso corporal

Disminución leve de resistencia.

### 4.2. Emergencia emocional

Aparecen sensaciones de:

- tristeza,
- miedo,
- nudo emocional.

### 4.3. Regulación inicial

Suspiros → primera apertura.

Insight:
**“Tengo miedo de lo que siento dentro.”**

# SESIÓN 2 — Confrontación con la emoción real

### 4.1. Activación intensa

El pecho se cierra más que antes.

### 4.2. Rabia contenida

El consultante reconoce por primera vez energía reprimida.

### 4.3. Movimiento emocional

La rigidez empieza a quebrarse.

Insight:
**“Creo que estoy peleando conmigo mismo.”**

# SESIÓN 3 — Alivio parcial + claridad emocional

### 4.1. Mayor acceso a tristeza

Ligeras lágrimas → apertura.

### 4.2. Menor tensión abdominal

Primer descenso de ansiedad.

Insight:
**“Siento algo que me alivia… como si respirara un poco más.”**

# SESIÓN 4 — Desbloqueo emocional significativo

### 4.1. Apertura torácica clara

Por primera vez, el pecho se suelta sin colapsar.

### 4.2. Conexión con su yo profundo

Aparece un El consultante más auténtico.

Insight:
**“Estoy empezando a recuperar algo mío.”**

# SESIÓN 5 — Reorganización narrativa

### 4.1. Pensamientos menos acelerados

La mente se aquieta parcialmente.

### 4.2. Tristeza manejable

Ya no le teme a sentir.

Insight:
**“Puedo sentir sin caerme.”**

# SESIÓN 6 — Cambio estructural

### 4.1. Regulación estable

El sistema nervioso reacciona menos.

### 4.2. Menos confusión

La narrativa cobra forma.

### 4.3. Aparición de calma interior

Por primera vez en años.

Insight:
**“Estoy empezando a volver a mí.”**

# SESIÓN 7 — ConLa consultante idación del yo emocional

### 4.1. Apertura profunda

El pecho se abre sostenidamente.

### 4.2. Identidad emocional fuerte

Comienza a reconocerse.

Insight:
**“Siento que me estoy reconstruyendo.”**

# SESIÓN 8 — Integración y cierre parcial

### 4.1. Regulación sólida

El sistema nervioso responde muy bien.

### 4.2. Casi no hay bloqueo

Pecho y abdomen más libres.

### 4.3. Narrativa integrada

Claridad sobre su historia emocional.

Insight final:
**“Por fin siento que puedo vivir dentro de mí.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

## 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 10/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 9/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 8/10 → 4/10
- Ruido mental: 10/10 → 6/10

## 5.2. Emocionales

- antes: miedo a sentir → ahora: capacidad emocional
- antes: tristeza reprimida → ahora: tristeza integrada
- antes: bloqueo → ahora: apertura
- antes: disociación leve → ahora: conexión estable

## 5.3. Cognitivos

- menor rumiación,
- pensamiento claro,
- narrativa coherente.

## 5.4. Relacionales

- más claridad,
- mayor autenticidad,
- menos evitación emocional.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- El consultante no presenta trastorno clínico grave.
- Sí trauma relacional moderado.
- Defensa principal: hipermentalización + represión emocional.
- Respuesta extraordinaria a TNIE.

- Caso de profundidad terapéutica notable.

# 7. Evolución esperable

Con 10+ sesiones:

- integración emocional avanzada,
- estabilidad profunda,
- liberación de carga acumulada,
- fortalecimiento del yo afectivo,
- menor ansiedad estructural.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- recaídas por sobreexigencia,
- miedo al cambio.

### Precauciones

- ritmo gradual,
- grounding constante,
- sostén afectivo.

# 9. Conclusión del caso (P14)

El consultante representa **el caso de transformación profunda del Estudio Piloto TNIE**:

- acceso al núcleo de dolor,
- apertura emocional sostenida,
- reorganización del yo,
- regulación somática notable,
- narrativa integrada,
- estabilidad emergente.

Es uno de los casos que más evidencia aporta sobre la **eficacia somato–emocional del método TNIE**.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P15

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P15**

# 1. Motivo de consulta

El consultante llega a la sesión expresando:

- confusión emocional reciente,
- sensación de “algo moviéndose dentro”,
- dificultad para entender lo que siente,
- inquietud relacional,
- tensión corporal en pecho y abdomen,
- necesidad de tener claridad sobre un acontecimiento íntimo que le removió profundamente.

Motivo explícito:
**“Quiero saber qué me pasa por dentro, esto me ha afectado más de lo que pensaba.”**

Motivo implícito según análisis TNIE:

- integrar una experiencia emocional específica que abrió una herida más profunda,
- ordenar emociones mezcladas (miedo, confusión, tristeza),
- entender la intensificación afectiva que está viviendo,
- recuperar su centro emocional tras una desestabilización reciente.

# 2. Historia emocional codificada

Aunque el caso contiene una única sesión, la narrativa emocional es rica y precisa. El análisis revela:

## 2.1. Estructura emocional sensible

El consultante muestra:

- sensibilidad afectiva elevada,
- resonancia emocional rápida,
- tendencia a ser profundamente impactado por experiencias vinculares,
- capacidad de sentir en profundidad aunque no siempre lo exprese.

## 2.2. Dolor emocional despertado recientemente

Se identifica una situación específica que ha activado:

- tristeza suave,
- inseguridad interna,
- miedo a no ser suficiente,
- sensación de desestabilización emocional.

Este “evento gatillo” reactiva heridas previas no elaboradas.

## 2.3. Emoción primaria: tristeza + inseguridad relacional

La emoción predominante no es la que aparece en superficie (confusión), sino:

- tristeza callada,
- nostalgia emocional,
- inseguridad ante la propia valía afectiva.

## 2.4. Emoción secundaria: vergüenza emocional

El consultante siente:

- vergüenza por haber sido tan impactado por lo ocurrido,
- conflicto interno entre “lo que siente” y “lo que cree que debería sentir”.

Esto indica conflicto identitario-afectivo.

## 2.5. Defensa emocional: racionalización suave

El consultante intenta:

- explicarse mentalmente lo que siente,
- comprender desde la lógica lo que es esencialmente emocional.

Este patrón aparece en muchos participantes del estudio.

# 3. Mapa Somático (muy definido)

En la sesión aparece un mapa corporal claro:

### 3.1. Pecho — carga emocional

- presión,

- sensación de hueco/lleno,
- respiración restringida.

Interpretación TNIE: tristeza reprimida + inseguridad afectiva.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- ligero nudo,
- dificultad para verbalizar emociones sinceras.

Interpretación: vergüenza emocional.

### 3.3. Abdomen — ansiedad leve

- movimiento nervioso,
- sensación de anticipación.

Interpretación: miedo a enfrentar la experiencia interna.

### 3.4. Cabeza — sobreanálisis

- pensamientos acelerados,
- intento de entender racionalmente lo emocional.

Interpretación: defensa intelectual.

### 3.5. Energía general

- agotamiento emocional,
- tensión acumulada.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

Aunque La consultante o existe una sesión, esta revela un proceso interno muy profundo.

## 4.1. Construcción del campo

El consultante se muestra:

- abierto,
- receptivo,
- emocionalmente expuesto,
- en necesidad de sostén.

Esto permite entrar rápido a trabajo interoceptivo.

## 4.2. Descenso corporal

Al atender al cuerpo aparece:

- presión en pecho,
- contracción abdominal,
- emoción primaria moviéndose debajo de la superficie.

## 4.3. Emergencia emocional

Aunque El consultante intenta explicarse mentalmente, el cuerpo revela:

- tristeza profunda,
- miedo a ser herido,
- vulnerabilidad genuina.

Estas emociones surgen sin colapso.

## 4.4. Regulación y apertura

Respiración TNIE:

- activa suspiros profundos,
- libera tensión torácica,
- reduce ansiedad,
- conecta con sensación de alivio emocional.

El consultante experimenta un alivio inmediato.

## 4.5. Insight narrativo

Aparecen frases clave:

- **“No pensé que esto me afectara tanto.”**
- **“Creo que no quería admitir cómo me siento.”**
- **“Me duele más de lo que quiero aceptar.”**

Estas frases revelan:
*conciencia emocional emergente + apertura afectiva + aceptación progresiva*.

## 4.6. Cierre de sesión

El consultante finaliza:

- más liviano,
- con claridad emocional mayor,
- menos bloqueado,
- más conectado consigo mismo.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

## 5.1. Somáticos

**Antes → Después**

- Opresión pecho: 7/10 → 4/10
- Ansiedad abdominal: 6/10 → 4/10
- Bloqueo garganta: 5/10 → 3/10

## 5.2. Emocionales

- tristeza reconocida,
- vergüenza disminuida,
- miedo clarificado,
- confusión reducida.

## 5.3. Cognitivos

- narrativa más coherente,
- menor rumiación,
- más aceptación emocional.

## 5.4. Regulación emocional

SUDs:
7/10 → 4/10

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se detectan señales de patología grave.
- Emociones intensas pero manejables.
- Sistema emocional sensible y permeable.
- Defensa cognitiva útil pero limitante.

- Caso con alta respuesta a TNIE.

# 7. Evolución esperable con continuidad

Con 3–6 sesiones TNIE:

- integración emocional profunda,
- reducción de inseguridad,
- fortalecimiento del yo afectivo,
- mayor claridad relacional,
- cierre emocional del evento gatillo,
- desactivación de vergüenza.

El consultante podría avanzar rápidamente gracias a su sensibilidad y apertura.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- sobrepensar emociones,
- evitar tristeza profunda,
- vergüenza por ser vulnerable.

### Precauciones

- acompañamiento suave y gradual,
- evitar confrontación emocional directa,
- sostén interoceptivo constante.

# 9. Conclusión del caso (P15)

El consultante es un caso de **alta sensibilidad emocional**, con un evento reciente que desestabilizó su equilibrio interno. Su tristeza y vulnerabilidad emergen con claridad al acceder al cuerpo.

TNIE permitió:

- desbloquear el pecho,
- disminuir ansiedad,
- reconocer emoción primaria,

- ordenar su mundo interno,
- activar claridad afectiva.

Es un caso breve pero muy significativo para mostrar cómo **TNIE accede rápidamente a la raíz emocional incluso en una La consultante a sesión**.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P16

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P16**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a TNIE expresando:

- profunda confusión emocional,
- angustia intermitente,
- sensación de estar al límite,
- conflictos internos sin reLa consultante ver,
- tensión corporal extrema,
- miedo a perder el control de sí misma,
- saturación mental y emocional.

Motivo explícito:
**“No sé qué me pasa, pero estoy muy mal por dentro.”**

Motivo implícito (TNIE):

- necesidad urgente de regular emociones intensas,
- salir de un estado de colapso emocional,
- entender un sentimiento profundo de pérdida, vacío o ruptura,
- integrar experiencias que la están sobrepasando,
- recuperar estabilidad interna.

Este es uno de los perfiles más delicados del Estudio.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis transversal de todas las sesiones revela múltiples capas:

## 2.1. Trauma relacional moderado-severo (acumulativo)

La consultante muestra:

- heridas afectivas profundas,

- invalidación emocional repetida en el pasado,
- experiencias de La consultante edad emocional,
- ausencia de sostén en momentos críticos.

Esto genera:

- miedo profundo al abandono,
- tendencia a colapsar emocionalmente,
- hipersensibilidad afectiva.

## 2.2. Herida primaria: dolor emocional intenso

La tristeza de La consultante no es leve ni superficial.

Es **densa**, **antigua**, **cruda**.

Aunque su mente intenta resistirla, su cuerpo la expresa con:

- opresión extrema,
- nudo torácico,
- lágrimas contenidas con fuerza,
- temblores interoceptivos.

## 2.3. Emoción secundaria: miedo al colapso

La consultante tiene miedo a sentir:

- “si siento, me rompo”,
- “si lo dejo salir, me pierdo”.

Miedo a perder control → miedo a derrumbarse.

## 2.4. Conflicto identitario

La consultante no La consultante o vive emociones intensas:
vive *contradicciones internas.*

- quiere sentir → tiene miedo
- quiere hablar → se bloquea
- quiere conectar → se protege

## 2.5. Estructura defensiva

Su principal defensa es **la desconexión emocional repentina**:

- se apaga,
- se disocia levemente,
- intenta no sentir.

Es una reacción de autoprotección aprendida tras años de dolor.

# 3. Mapa somático — Uno de los más intensos del Estudio

La consultante presenta un mapa corporal de alta carga afectiva:

### 3.1. Pecho — colapso emocional

- opresión 9/10,
- dolor emocional localizado,
- peso intenso,
- dificultad para respirar profundamente.

Interpretación TNIE:
**tristeza masiva encapsulada + miedo agudo a sentir.**

### 3.2. Garganta — bloqueo máximo

- tensión muy fuerte,
- incapacidad momentánea para hablar,
- voz cortada al tocar temas sensibles.

Interpretación:
miedo a expresarse + vergüenza afectiva.

### 3.3. Abdomen — ansiedad intensa

- contracción severa,
- sensaciones de caída,
- miedo visceral.

### 3.4. Cabeza — saturación + ruido mental

- pensamientos intrusivos,
- confusión,
- pérdida de claridad.

### 3.5. Energía general

- agotamiento extremo,
- sensación de “derrumbe interno”.

# 4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión

Este caso es clínicamente significativo por su profundidad emocional.

# SESIÓN DE CONTACTO — Identificación del colapso interno

La consultante aparece:

- sobrepasada,
- emocionalmente desbordada,
- con el cuerpo en bloqueo.

Aparecen:

- tristeza profunda,
- miedo al abandono,
- sensación de ruptura interior.

Insight inicial:
**“Me siento rota y no sé qué hacer.”**

# SESIÓN 1 — Emergencia del dolor emocional

### 4.1. Descenso corporal

Apenas se abre la sesión, el cuerpo reacciona:

- opresión intensa,

- temblores,
- respiración superficial.

### 4.2. Llorar sin llorar

Las lágrimas están, pero no salen.
La emoción está comprimida.

### 4.3. Primer movimiento TNIE

Suspiros profundos →
se libera la primera capa.

Insight:
**“No puedo con este dolor. Es demasiado.”**

# SESIÓN 2 — Desbloqueo emocional controlado

### 4.1. Tristeza profunda emerge

Esta sesión es crucial:

- aparece llanto real,
- el cuerpo suelta tensión,
- la emoción se expresa de forma contenida pero sincera.

### 4.2. Miedo a sentir

La consultante verbaliza:

**“Tengo miedo de lo que siento dentro.”**

Es un momento profundamente terapéutico.

# SESIÓN 3 — Reorganización somato-emocional

### 4.1. Menos opresión en el pecho

Primer descenso significativo.

### 4.2. Menor colapso

El sistema nervioso reacciona mejor.

### 4.3. Claridad emocional

La consultante empieza a entender su propia narrativa.

Insight clave:
**“Creo que estoy empezando a entender por qué me siento así.”**

# SESIÓN 4 — Integración inicial + apertura emocional

### 4.1. La tristeza ya no asusta

Por primera vez, La consultante puede sentir sin entrar en pánico.

### 4.2. Apertura en garganta

Habla con más facilidad.

### 4.3. Regulación sostenida

Respira mejor.
No hay colapso.

### 4.4. Insight mayor

**“Estoy empezando a sentirme un poco más yo.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 9/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 9/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 8/10 → 6/10

### 5.2. Emocionales

- Acepta tristeza
- Miedo disminuye

- Menor confusión
- Mayor claridad emocional
- Menos vergüenza afectiva

### 5.3. Cognitivos

- pensamientos menos intrusivos
- mayor organización
- narrativa coherente

### 5.4. Relacionales

- mayor apertura,
- menos colapso,
- capacidad incipiente de comunicar emociones.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay patología severa.
- Sí hay trauma relacional acumulativo.
- Sistema emocional altamente sensible.
- Riesgo leve de colapso emocional cuando se siente La consultante a.
- Requiere contención profunda y ritmo suave.

# 7. Evolución esperable

Con 6–10 sesiones:

- integración del dolor emocional,
- reducción profunda de ansiedad,
- fortalecimiento del yo emocional,
- aprendizaje de expresión emocional segura,
- liberación de capas antiguas de tristeza.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- reactividad intensa,
- miedo al abandono,
- saturación emocional.

### Precauciones

- sostén constante,
- intervenciones lentas,
- evitar acceso prematuro a capas demasiado profundas.

# 9. Conclusión del caso (P16)

La consultante es uno de los casos **más sensibles y emocionalmente intensos** del Estudio Piloto TNIE.

Su estructura emocional combina:

- dolor profundo,
- miedo crónico,
- trauma relacional,
- bloqueo somático severo,
- confusión cognitiva.

TNIE permitió:

- acceso al núcleo del dolor,
- desbloqueo torácico,
- regulación emocional controlada,
- reorganización narrativa,
- expresión emocional auténtica.

Es un caso que evidencia la capacidad del método para trabajar estados emocionales intensos con seguridad y eficacia.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P17

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P17**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a la sesión con:

- preocupación interna,
- sensación de bloqueo personal,
- inquietud emocional persistente,
- intuición de que “algo dentro no está bien”,
- síntomas corporales relacionados con carga emocional,
- dificultad para organizar su mundo emocional,
- necesidad urgente de claridad.

Motivo explícito:
**“Necesito entender qué me está pasando.”**

Motivo implícito (TNIE):

- desenredar emociones que vienen acumulándose desde hace tiempo,
- reLa consultante ver un conflicto interno que se activó recientemente,
- ordenar sensaciones mezcladas (miedo + tristeza + incomodidad),
- conectar con su verdadera necesidad emocional,
- encontrar estabilidad interna ante un estado que siente “raro”, “ajeno”, o “nuevo”.

Este tipo de motivo es típico en personas que llegan a TNIE en un punto de inflexión afectivo.

# 2. Historia emocional codificada

En su La consultante a sesión se observan elementos clave del trasfondo emocional:

## 2.1. Sensibilidad emocional alta

La consultante reacciona corporalmente con rapidez a cualquier estímulo emocional.

Indica:

- sistema nervioso sensible,
- reactividad emocional moderada,
- conexión con lo interno aunque no lo pueda nombrar.

## 2.2. Contención emocional (represión suave)

Su estilo afectivo muestra tendencia a:

- guardar emociones,
- no incomodar a otros,
- no mostrarse vulnerable,
- sostener situaciones emocionalmente exigentes sin pedir ayuda.

Esta contracción interna es un patrón típico de sobreadaptación emocional.

## 2.3. Emoción primaria: tristeza suave + miedo

Su emoción más profunda:

- tristeza sutil acumulada,
- miedo a enfrentar emociones,
- inseguridad afectiva.

Estas emociones aparecen en el cuerpo más que en el discurso verbal.

## 2.4. Emoción secundaria: confusión emocional

La consultante siente:

- “no sé qué me pasa”,
- “algo se movió interiormente”,
- “estoy diferente de lo normal”.

Esto indica que una capa emocional profunda está despertando.

## 2.5. Historia relacional implícita

Sin entrar en patologización, se detectan signos de:

- desvalidación emocional en el pasado,
- exigencia de ser fuerte,
- falta de contención afectiva,

- necesidad de cumplir expectativas ajenas.

Esto se expresa en su corporalidad, no en su narrativa explícita.

# 3. Mapa somático

El cuerpo de La consultante es sumamente expresivo:

## 3.1. Pecho — nudo emocional

- presión,
- dificultad para respirar plenamente,
- sensación débil de peso.

Interpretación TNIE: tristeza + miedo retenido.

## 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- tensión suave,
- voz cortada al hablar de emociones,
- necesidad de decir algo que no sale.

Interpretación: inhibición emocional aprendida.

## 3.3. Abdomen — ansiedad leve

- movimiento nervioso,
- sensación de revuelo interno.

Interpretación: anticipación afectiva.

## 3.4. Cabeza — alerta cognitiva

- sobreanálisis,
- pensamientos circulares,
- búsqueda constante de explicación.

Interpretación: defensa mental.

## 3.5. Energía general

- fatiga interna,
- sensación de carga,
- ligera disociación emocional (no clínica).

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

A pesar de la brevedad, la sesión muestra una experiencia profunda.

## 4.1. Construcción del espacio emocional

La consultante entra a la sesión:

- con respeto,
- con sensibilidad,
- con miedo suave,
- con necesidad de ser acompañada.

Esto facilita un trabajo interoceptivo muy limpio.

## 4.2. Primera exploración corporal

Al conectar con su cuerpo, La consultante identifica:

- tensión en pecho,
- dolor emocional sutil,
- opresión en garganta,
- ansiedad en abdomen.

Se activa la emoción primaria.

## 4.3. Emergencia emocional

Sin llanto explícito, aparecen:

- oleadas de tristeza,
- vibración emocional interna,
- sensación de “algo queriendo salir”.

Esto indica un bloqueo emocional antiguo.

## 4.4. Regulación guiada

Con la respiración TNIE:

- su respiración se suaviza,
- pecho se abre levemente,

- garganta se libera un poco,
- aparece calma inicial.

## 4.5. Insight narrativo

La consultante verbaliza elementos clave:

- **“No sabía que tenía esto dentro.”**
- **“Me siento removida.”**
- **“Me da miedo sentir lo que hay.”**

Estos insights revelan una experiencia emocional profunda.

## 4.6. Cierre

La consultante termina la sesión:

- más calmada,
- con mayor claridad,
- menos tensión,
- sintiéndose acompañada,
- con acceso emocional parcial.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

### 5.1. Somáticos

**Antes → Después**

- Opresión pecho: 7/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 6/10 → 4/10
- Bloqueo garganta: 7/10 → 5/10

### 5.2. Emocionales

- tristeza se hace accesible,
- miedo disminuye,
- confusión baja.

### 5.3. Cognitivos

- menos ruido mental,
- más claridad emocional,
- narrativa coherente.

### 5.4. Regulación

SUDs:
7/10 → 4/10

# 6. Notas clínicas (sin patologizar)

- No hay signos de patología severa.
- Sí hay miedo emocional profundo.
- Alta sensibilidad + contención = sufrimiento silencioso.
- Sistema emocional muy permeable.
- TNIE es ideal para ella.
- Requiere proceso suave y progresivo.

# 7. Evolución esperable con TNIE

Con 4–6 sesiones:

- apertura emocional sostenida,
- reducción de miedo,
- acceso a tristeza profunda,
- claridad emocional renovada,
- fortalecimiento del yo afectivo,
- disminución de confusión,
- mejora en respiración y conexión corporal.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo al colapso emocional,

- bloqueo de garganta,
- tendencia a apagarse en momentos de intensidad.

### Precauciones

- acompañamiento seguro,
- ritmo lento y respetuoso,
- contención emocional firme.

# 9. Conclusión del caso (P17)

La consultante es un caso breve pero muy significativo:

- alta sensibilidad,
- bloqueo emocional acumulado,
- tristeza y miedo retenidos,
- inseguridad afectiva,
- cuerpo muy expresivo.

TNIE permitió:

- acceso emocional inicial,
- regulación efectiva,
- apertura somática,
- claridad narrativa.

Es un caso muy representativo del perfil **“emociones reprimidas + alta sensibilidad”**, clave en el Estudio Piloto.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P18

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P18**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega a la sesión con:

- sensación de carga emocional acumulada,
- dificultad para sostener su mundo interno,
- cansancio afectivo,
- lucha mental constante,
- síntomas corporales relacionados con estrés emocional,
- sensación difusa de “no poder más”.

Motivo explícito:
**“Estoy muy cargada emocionalmente y ya no sé qué hacer.”**

Motivo implícito (TNIE):

- liberar tensión acumulada,
- reconectar con su cuerpo,
- entender lo que le está sucediendo a nivel emocional,
- poner orden en una estructura afectiva saturada,
- buscar alivio y regulación.

Este tipo de motivo es muy común en personas que llegan a TNIE después de un largo periodo de sobrecarga interna.

# 2. Historia emocional codificada

A partir de su sesión, emergen patrones claros de historia afectiva:

## 2.1. Sobrecarga emocional antigua

La consultante lleva tiempo:

- sosteniendo más de lo que puede,
- cargando con emociones ajenas,

- evitando su propio dolor,
- guardando tensiones sin expresarlas.

Su cuerpo lo manifiesta con claridad.

## 2.2. Tristeza subyacente crónica

Aunque no la verbaliza directamente, su corporalidad revela:

- tristeza profunda,
- dolor emocional no expresado,
- sensación de pérdida o vacío afectivo,
- sufrimiento silencioso.

## 2.3. Miedo a desbordarse

La consultante teme:

- colapsar emocionalmente,
- perder estabilidad si siente demasiado,
- mostrar vulnerabilidad,
- que su dolor sea “demasiado” para otros.

## 2.4. Desconexión emocional por cansancio

El nivel de agotamiento emocional produce:

- desconexión leve,
- dificultad para identificar emociones,
- sensación de “estar en automático”.

## 2.5. Defensa psicológica: sobreesfuerzo + autosilenciamiento

Su mecanismo principal es:

- seguir adelante sin cuidarse emocionalmente.

Es una defensa adaptativa a lo largo del tiempo.

# 3. Mapa somático — consistente y significativo

En su sesión de contacto surge un mapa corporal muy marcado:

### 3.1. Pecho — indicador primario del caso

- opresión interna,
- sensación de peso,
- respiración limitada.

Interpretación TNIE: tristeza reprimida + cansancio afectivo + sobrecarga.

### 3.2. Garganta — bloqueo expresivo

- tensión,
- dificultad para expresar lo que realmente siente,
- energía emocional detenida.

Interpretación: silenciamiento afectivo habitual.

### 3.3. Abdomen — ansiedad emocional

- contracción,
- movimiento nervioso,
- sensación de alerta.

Interpretación: miedo + anticipación.

### 3.4. Cabeza — ruido mental

- exceso de pensamiento,
- saturación cognitiva,
- preocupación constante.

### 3.5. Energía general

- fatiga profunda,
- sensación de arrastre emocional,
- vivencia de estar “al límite”.

# 4. Proceso TNIE — Sesión de contacto

## 4.1. Construcción del campo emocional

La consultante entra:

- abierta,

- vulnerable,
- necesitada de sostén,
- sin defensas rígidas.

Esto permite un acceso interoceptivo directo.

## 4.2. Exploración del cuerpo

Al llevar atención al cuerpo aparecen:

- peso en el pecho,
- tensión en garganta,
- abdomen contraído.

Las emociones se revelan antes que las palabras.

## 4.3. Emergencia emocional

Surgen:

- tristeza contenida,
- miedo a desbordarse,
- cansancio emocional intenso.

Aunque no llora abiertamente, su respiración y su voz lo muestran.

## 4.4. Regulación somato-emocional

La práctica TNIE produce:

- suspiros profundos,
- apertura torácica parcial,
- alivio inmediato,
- conexión con una calma real.

Este cambio intra-sesión es significativo.

## 4.5. Insight emocional

La consultante expresa frases clave:

- **“No sabía que estaba tan cargada.”**
- **“Es como si algo se me hubiera aflojado.”**

- **“Siento que puedo respirar un poco mejor.”**

Estos insights son evidencia de acceso emocional directo.

## 4.6. Cierre

La sesión termina con:

- más claridad,
- menos tensión,
- conexión interna estable,
- alivio real,
- sensación de haber liberado una primera capa de carga emocional.

# 5. Indicadores de cambio (intra-sesión)

### 5.1. Somáticos

**Antes → Después**

- Opresión pecho: 8/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 7/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 7/10 → 4/10

### 5.2. Emocionales

- tristeza reconocida,
- miedo disminuido,
- tensión emocional reducida.

### 5.3. Cognitivos

- mayor claridad,
- menos saturación,
- narrativa emocional más limpia.

### 5.4. Regulación

- respiración más profunda,
- mayor calma.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No se observan signos de patología grave.
- Sí hay fatiga emocional extrema.
- Sistema emocional saturado.
- Alta respuesta somática al método.
- Perfil ideal para TNIE con continuidad.
- Requiere trabajo suave, lento y constante.

# 7. Evolución esperable con TNIE

Con 3–6 sesiones:

- liberación profunda de tristeza acumulada,
- reducción marcada de ansiedad,
- mejora en la respiración,
- fortalecimiento emocional,
- alivio del agotamiento crónico,
- claridad interna sostenida.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- sobrecarga emocional,
- colapso afectivo si no hay contención,
- tendencia a desconectar de sí misma cuando siente demasiado.

### Precauciones

- intervención suave,
- mucha contención afectiva,
- anclaje corporal repetido.

# 9. Conclusión del caso (P18)

La consultante representa un perfil emocional típico del Estudio:

- carga acumulada,
- tristeza reprimida,
- silenciamiento emocional,
- agotamiento profundo.

TNIE permitió:

- liberar tensión del pecho,
- disminuir ansiedad,
- activar tristeza real,
- recuperar claridad,
- generar alivio somático inmediato.

Es un caso que demuestra cómo TNIE puede proporcionar **alivio real incluso en una La consultante a sesión**, al acceder directamente al núcleo emocional.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P19

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P19**

# 1. Motivo de consulta

La consultante llega al proceso expresando:

- malestar emocional persistente,
- ansiedad mezclada con tristeza,
- sensación de no encontrarse a sí misma,
- dificultad para “entender” su mundo interno,
- reactividad emocional en vínculos,
- agotamiento mental y corporal,
- patrones afectivos cíclicos que no logra reLa consultante ver.

Motivo explícito:
**“Quiero entender qué me pasa y dejar de vivir así.”**

Motivo implícito (TNIE):

- reorganizar un yo emocional fragmentado,
- liberar dolor afectivo encapsulado,
- reducir ansiedad estructural,
- romper ciclos relacionales dolorosos,
- recuperar un sentido de identidad emocional coherente.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis transversal de sus cinco sesiones revela una estructura compleja y profunda:

## 2.1. Trauma relacional leve/moderado

Aparecen patrones de:

- invalidación emocional,
- falta de sostén afectivo,

- sentirse La consultante a en momentos clave,
- aprender a ocultar su vulnerabilidad.

Esto instala un patrón de apego emocional inseguro.

## 2.2. Emoción primaria: tristeza profunda

La tristeza de La consultante es:

- intensa,
- antigua,
- estructural,
- conectada con episodios de abandono afectivo,
- mezclada con pérdida emocional no procesada.

Este es el eje fundamental de su proceso.

## 2.3. Emociones secundarias

- ansiedad,
- miedo a perder control,
- culpa,
- vergüenza emocional,
- rabia contenida (especialmente hacia sí misma).

## 2.4. Estructura del yo fragmentada

La consultante tiene partes internas que:

- desean sentir,
- otras que quieren escapar,
- otras que se autocastigan,
- otras que quitan legitimidad a su dolor.

Esto genera confusión emocional.

## 2.5. Defensa primaria: hipercontrol

Su defensa principal es:

- intentar “entender” en lugar de sentir.

Su mente intenta regular lo que su cuerpo ya está expresando.

# 3. Mapa somático — Consistente y profundo

La consultante muestra uno de los mapas corporales más estables del estudio:

## 3.1. Pecho

- opresión continua,
- peso emocional,
- respiración comprimida,
- dolor emocional en el centro.

Interpretación TNIE: tristeza primaria.

## 3.2. Garganta

- tensión fuerte,
- bloqueo para expresar emociones reales.

Interpretación: inhibición emocional.

## 3.3. Abdomen

- ansiedad reactiva,
- contracción al sentir miedo,
- sensaciones de caída o vacío.

Interpretación: miedo relacional.

## 3.4. Cabeza

- ruido mental,
- rumiación,
- confusión.

Interpretación: defensa cognitiva.

## 3.5. Energía general

- cansancio crónico,
- carga emocional antigua,
- cambios rápidos de estado emocional.

# 4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión

A continuación, el análisis longitudinal profundo.

# SESIÓN 1 — Emergencia de la tristeza primaria

### 4.1. Descenso corporal

El cuerpo responde inmediatamente:

- pecho contraído,
- garganta bloqueada.

### 4.2. Tristeza emergente

Empieza a aparecer la emoción real.

### 4.3. Insight

**“No sabía que había tanto dolor dentro.”**

Es un punto de inicio fuerte.

# SESIÓN 2 — Intensificación afectiva

### 4.1. Tristeza profunda aparece con mayor claridad

Llanto suave, emoción contenida.

### 4.2. Ansiedad disminuye ligeramente

Abdomen suelta.

### 4.3. Insight

**“Siento que empiezo a conectar con lo que realmente me pasa.”**

# SESIÓN 3 — Reorganización del yo emocional

### 4.1. Menor bloqueo

La garganta se libera un poco.

### 4.2. Mejor conexión emocional

El acceso a la tristeza no genera tanto miedo.

### 4.3. Movimiento interno

La consultante siente energía emocional real, no La consultante o pensamiento.

Insight:
**“Puedo sentir sin colapsar.”**

# SESIÓN 4 — Apertura emocional significativa

### 4.1. Regulación emocional estable

Suspiros profundos → ventilación emocional.

### 4.2. Integración narrativa

Comienza a entender su historia afectiva.

### 4.3. Disminución de confusión

El ruido mental baja.

Insight:
**“Empiezo a comprenderme de verdad.”**

# SESIÓN 5 — Profunda integración somato-emocional

Esta es la sesión más transformadora del caso.

### 4.1. Apertura torácica sólida

El pecho respira mejor.

### 4.2. Narrativa coherente

Explica con claridad lo que siente.

### 4.3. Regulación estable

El sistema nervioso responde de forma madura.

Insight final:
**“Por fin siento que vuelvo a mí.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

## 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 9/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 8/10 → 5/10
- Ansiedad abdominal: 8/10 → 5/10

## 5.2. Emocionales

- tristeza contenida → tristeza integrada
- miedo → seguridad emocional gradual
- confusión → claridad narrativa
- vergüenza → aceptación
- rabia contenida → expresiones suaves de emoción auténtica

## 5.3. Cognitivos

- ruido mental disminuye,
- narrativa emocional coherente,
- mayor autocomprensión.

## 5.4. Relacionales

- apertura,
- menor reactividad,
- más honestidad emocional consigo misma.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- Perfil emocional profundo, no patológico.
- Trauma relacional leve/moderado.
- Defensa cognitiva marcada.
- Sistema emocional sensible, reactivo.
- Respuesta muy buena a TNIE.
- Caso que requiere continuidad y sostén amoroso.

# 7. Evolución esperable

Con 8–10 sesiones:

- integración emocional sólida,
- fortalecimiento del yo,
- disminución de ansiedad,
- estructura emocional más estable,
- cierre de ciclos afectivos antiguos.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- sensibilidad a recaídas,
- tendencia al autosabotaje emocional,
- episodios de tristeza intensa.

### Precauciones

- acompañamiento suave,
- sostén emocional constante,
- validación afectiva necesaria.

# 9. Conclusión del caso (P19)

La consultante es uno de los casos más completos y emocionalmente reveladores del Estudio Piloto TNIE.

Su evolución demuestra:

- acceso progresivo a tristeza profunda,
- reorganización narrativa,
- regulación emocional sostenida,
- desbloqueo somático significativo,
- fortalecimiento identitario,
- mayor claridad interna.

Es un caso ejemplar del potencial de TNIE para integrar emociones primarias retenidas durante años.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P20

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P20**

# 1. Motivo de consulta

La consultante  inicia el proceso expresando:

- un estado emocional confuso,
- cansancio interno,
- sensación de “llevar demasiado”,
- dificultad para comprender su propio sentir,
- bloqueo afectivo en situaciones críticas,
- inestabilidad emocional suave pero sostenida,
- necesidad de “reencontrarse”.

Motivo explícito:
**“Siento que algo dentro de mí quiere salir, pero no sé qué es.”**

Motivo implícito (TNIE):

- acceder a su emoción primaria (tristeza),
- integrar heridas afectivas antiguas,
- liberar carga somática acumulada,
- recuperar su vitalidad emocional,
- estabilizar su sistema emocional.

# 2. Historia emocional codificada

El análisis transversal revela una historia emocional profunda:

## 2.1. Trauma relacional leve, repetitivo y silencioso

La consultante  ha vivido experiencias de:

- invalidación afectiva,
- exigencia de fortaleza,

- poco acompañamiento emocional real,
- silenciamiento interno.

Estas experiencias no son traumáticas en sentido clínico severo, pero sí se acumulan como micro-heridas afectivas.

## 2.2. Emoción primaria: tristeza profunda

La tristeza de La consultante es:

- suave,
- dulce,
- energética,
- antigua,
- contenida desde hace años.

Es la emoción fundamental de su estructura emocional.

## 2.3. Emociones secundarias

- ansiedad leve,
- miedo a mostrarse,
- vergüenza emocional,
- melancolía,
- nostalgia afectiva,
- confusión relacional.

## 2.4. Patrón identitario

La consultante ha aprendido a:

- adaptarse,
- atender a otros antes que a ella,
- silenciar su mundo interno,
- postergar su propia necesidad emocional.

Esto genera desconexión emocional.

## 2.5. Defensa emocional

Su defensa principal es:

- **la ligereza emocional aparente**
  (parecer tranquila mientras sostiene tristeza profunda).

# 3. Mapa Somático — Uno de los más delicados y representativos

El cuerpo habla muy claramente en La consultante :

### 3.1. Pecho — tristeza encapsulada

- opresión,
- hueco emocional,
- sensación de aguantar,
- respiración bloqueada.

Interpretación TNIE:
tristeza primaria + necesidad de La consultante tar.

### 3.2. Garganta — inhibición expresiva

- tensión,
- voz temblorosa al hablar de tristeza,
- dificultad inicial para verbalizar emociones reales.

### 3.3. Abdomen — ansiedad suave

- nerviosismo emocional,
- contracción ligera.

### 3.4. Cabeza — pensamientos circulares

- sobreanálisis,
- dificultad para entender su mundo interno.

### 3.5. Energía general

- dulzura emocional,
- cansancio antiguo,

- necesidad profunda de descanso afectivo.

# 4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión

A continuación, el análisis longitudinal completo.

# INFORME DIAGNÓSTICO — Identificación del núcleo emocional

En el diagnóstico aparecen:

- tristeza intensa en el centro del pecho,
- garganta bloqueada,
- abdomen en alerta,
- necesidad de liberar una emoción antigua.

Insight clave inicial:
**“Creo que no me permito sentir lo que tengo dentro.”**

# SESIÓN 1 — Primer acceso real a la tristeza

## 4.1. Descenso corporal

El cuerpo responde inmediatamente:

- opresión en pecho,
- emoción moviéndose debajo de la superficie.

## 4.2. Tristeza emergente

Comienza a aparecer con suavidad.

## 4.3. Movimientos somato-emocionales

Suspiros profundos, vibración emocional.

Insight:
**“Me cuesta La consultante tar, pero siento algo queriendo salir.”**

# SESIÓN 2 — Apertura emocional significativa

### 4.1. Tristeza profunda se vuelve clara

Surge llanto suave y liberador.

### 4.2. Regulación estable

El cuerpo responde muy bien a la intervención.

### 4.3. Aspecto fenomenológico importante

La tristeza de La consultante no es destructiva: es **nutritiva**, **clarificadora**, **auténtica**.

Insight:
**“Es como si mi corazón se abriera.”**

# SESIÓN 3 — Integración emocional inicial

### 4.1. Menor resistencia

La tristeza se siente sin miedo.

### 4.2. Movimiento interno claro

El pecho se expande, la respiración fluye.

### 4.3. Desbloqueo narrativo

La consultante empieza a poner palabras a su sentir.

Insight:
**“Estoy empezando a reconocerme.”**

# SESIÓN 4 — Reorganización del yo emocional

### 4.1. Claridad emocional

Comprende su propia historia afectiva.

### 4.2. Regulación potente

Se muestra más estable, con menos ansiedad.

### 4.3. Cuerpo más libre

Pecho abierto, garganta menos bloqueada.

Insight:
**“Empiezo a saber quién soy cuando siento.”**

# SESIÓN 5 — Profunda apertura y conLa consultante idación

### 4.1. Transformación emocional clara

La tristeza se vuelve una emoción legítima, no temida.

### 4.2. Reintegración del yo

La consultante  recupera su autenticidad.

### 4.3. Regulación muy estable

Es una de las evoluciones más limpias del estudio.

Insight final:
**“Siento que vuelvo a ser yo… una versión más verdadera.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión pecho: 9/10 → 4/10
- Bloqueo garganta: 8/10 → 4/10
- Tensión abdominal: 7/10 → 4/10

### 5.2. Emocionales

- tristeza contenida → tristeza integrada
- miedo → apertura emocional
- confusión → claridad
- vergüenza → aceptación
- bloqueo → movimiento fluido

### 5.3. Cognitivos

- narrativa emocional coherente,

- mejor autocomprensión,
- menor rumiación.

### 5.4. Relacionales

- más autenticidad,
- mayor claridad interna,
- presencia emocional.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay signos de patología severa.
- Sí hay tristeza crónica no atendida.
- Sistema emocional muy sensible y receptivo.
- Caso perfecto para TNIE.
- Alto potencial de integración emocional profunda.

# 7. Evolución esperable

Con 8–10 sesiones:

- integración completa de heridas antiguas,
- autenticidad emocional fuerte,
- estabilidad emocional profunda,
- liberación de cargas del pasado,
- empoderamiento afectivo sostenido.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo inicial a sentir demasiado,
- tendencia a silenciar emociones.

### Precauciones

- acompañamiento cálido,
- ritmo suave,

- validación constante.

# 9. Conclusión del caso (P20)

La consultante  es uno de los **casos más hermosos y profundos** del Estudio Piloto TNIE.
Su proceso revela:

- acceso fluido a tristeza primaria,
- desbloqueo somático estable,
- regulación emocional profunda,
- reconfiguración del yo,
- claridad emocional renovada,
- apertura y autenticidad.

Es un caso ejemplar del poder de TNIE para:

- integrar emociones antiguas,
- sanar tristeza profunda,
- recuperar la esencia emocional,
- liberar bloqueos somáticos.

# FICHA CLÍNICA EXTENDIDA — P21

**Terapia NexusLux de Integración Emocional (TNIE)**
**Estudio Piloto — Caso P21**

# 1. Motivo de consulta

La consultante inicia el proceso con:

- sensación de angustia persistente,
- confusión emocional,
- dificultad para gestionar situaciones afectivas,
- miedo a perder estabilidad interna,
- problemas de autorregulación emocional,
- tensión corporal constante,
- necesidad urgente de “poner orden dentro”.

Motivo explícito:
**“No entiendo qué me está pasando emocionalmente, y me está afectando mucho.”**

Motivo implícito (TNIE):

- acceder a emociones profundas que llevan tiempo bloqueadas,
- liberar tensión somática acumulada,
- entender un patrón afectivo que le causa dolor,
- estabilizar emocionalmente su mundo interno,
- reorganizar una narrativa interna fragmentada.

# 2. Historia emocional codificada

A lo largo de sus sesiones aparece una historia emocional compleja pero clara:

## 2.1. Trauma relacional leve/moderado

Elementos compartidos por muchos perfiles del estudio:

- validación emocional inconstante,
- dificultad para expresar vulnerabilidad,

- miedo a decepcionar,
- autoexigencia desde la infancia,
- aprendizaje del silencio emocional.

## 2.2. Emoción primaria: tristeza estructural

En el centro de su proceso encontramos una tristeza:

- antigua,
- contenida,
- acumulada,
- relacionada con experiencias afectivas no elaboradas.

## 2.3. Emoción secundaria predominante: ansiedad

La ansiedad no es aleatoria:
responde a miedo a sentir tristeza profunda y a perder control emocional.

## 2.4. Conflicto interno

La consultante lucha entre:

- querer sentir → tener miedo
- querer hablar → bloquearse
- querer entender → sobrepensar
- querer conectar → protegerse

Este conflicto genera confusión interna.

## 2.5. Defensa emocional: hipercontrol + inhibición

Cuando siente emoción:

- se contrae,
- “apaga” su expresión emocional,
- bloquea garganta,
- cambia respiración,
- intenta volver a la mente.

Patrón TNIE muy típico.

# 3. Mapa somático — claro, repetitivo y muy informativo

El cuerpo de La consultante es altamente expresivo:

## 3.1. Pecho

- opresión,
- peso emocional,
- respiración corta,
- vibración afectiva interna.

Interpretación: tristeza + miedo.

## 3.2. Garganta

- cierre,
- nudo emocional,
- voz contenida.

Interpretación: inhibición, vergüenza emocional.

## 3.3. Abdomen

- ansiedad reactiva,
- contracción,
- sensación de caída.

Interpretación: miedo a sentir.

## 3.4. Cabeza

- ruido mental,
- anticipación,
- necesidad de control.

Interpretación: defensa cognitiva.

## 3.5. Energía general

- agotamiento emocional,
- tensión acumulada,

- dificultad para sostener estados intensos.

# 4. Proceso TNIE — Evolución sesión por sesión

# SESIÓN DE CONTACTO — Identificación del miedo emocional

La consultante  llega:

- sobrecargada,
- nerviosa,
- desconectada parcialmente de sí.

Se observa:

- opresión torácica,
- ansiedad,
- dificultad para hablar de sí misma.

Insight inicial:
**“Siento demasiado, pero al mismo tiempo no sé qué siento.”**

# SESIÓN DE DIAGNÓSTICO — Acceso al núcleo emocional

Aquí se identifica:

- tristeza profunda,
- miedo a sentirla,
- ansiedad secundaria,
- bloqueo en garganta.

Insight clave:
**“Tengo muchas emociones guardadas.”**

# SESIÓN 1 — Primera apertura somática

### 4.1. Descenso corporal

El cuerpo responde:

- vibración emocional,
- pecho se contrae.

### 4.2. Movimiento emocional inicial

Suspiros profundos → pequeña apertura.

Insight:
**“Me cuesta, pero empiezo a reconocer mi tristeza.”**

# SESIÓN 2 — Mayor claridad emocional

### 4.1. Tristeza emerge con más fuerza

Llanto suave, emoción real.

### 4.2. Menor confusión

El acceso a emoción primaria organiza su narrativa.

Insight:
**“Esto me duele, pero puedo sentirlo.”**

# SESIÓN 3 — Regulación + diferenciación emocional

### 4.1. Pecho más libre

Respiración más amplia.

### 4.2. Menor ansiedad

Abdomen más relajado.

### 4.3. Claridad narrativa

Empieza a distinguir tristeza, miedo y ansiedad.

Insight:
**“No estoy tan perdida como pensaba.”**

# SESIÓN 4 — Reorganización del yo interno

### 4.1. Apertura torácica significativa

Movimiento emocional fácil.

### 4.2. Regulación estable

Menos reactividad corporal.

### 4.3. Integración narrativa

Comprende patrones antiguos.

Insight:
**“Estoy empezando a saber quién soy emocionalmente.”**

# SESIÓN 5 — Integración profunda

### 4.1. Tristeza integrada

Ya no la evita; la siente.

### 4.2. Regulación emocional sólida

Respiración profunda, cuerpo abierto.

### 4.3. Identidad emocional fortalecida

Se reconoce en lo que siente.

Insight final:
**“Me siento más yo, más auténtica.”**

# 5. Indicadores de cambio (objetivables)

### 5.1. Somáticos

**Inicio → Final**

- Opresión torácica: 9/10 → 5/10
- Bloqueo garganta: 8/10 → 4/10
- Ansiedad abdominal: 8/10 → 4/10

### 5.2. Emocionales

- tristeza contenida → tristeza integrada
- ansiedad difusa → ansiedad localizada y manejable
- miedo → apertura emocional
- confusión → claridad
- vergüenza → aceptación

### 5.3. Cognitivos

- menor rumiación,
- mayor organización narrativa,
- pensamiento más claro.

### 5.4. Relacionales

- expresión emocional más auténtica,
- menor reactividad,
- más presencia.

# 6. Notas clínicas (no patologizantes)

- No hay señales de trastorno severo.
- Sí trauma relacional leve/moderado.
- Sensibilidad emocional elevada.
- Defensa cognitiva clara.
- Perfil que responde muy bien a TNIE.
- Requiere ritmo suave y validación constante.

# 7. Evolución esperable

Con más sesiones:

- integración emocional profunda,
- desensibilización del miedo a sentir,
- estabilidad afectiva sostenida,
- claridad de identidad emocional,

- mayor regulación en vínculos.

# 8. Riesgos y consideraciones

### Riesgos leves

- miedo a emociones intensas,
- bloqueo de garganta,
- desaparición repentina (“shut down” emocional).

### Precauciones

- contención sólida,
- trabajo interoceptivo gradual,
- acompañamiento emocional firme.

# 9. Conclusión del caso (P21)

La consultante  es un caso **muy representativo del Estudio TNIE**:

- tristeza primaria profunda,
- ansiedad secundaria,
- defensa cognitiva,
- bloqueo somático claro,
- apertura progresiva,
- regulación estable.

TNIE permitió:

- acceso a emociones reales,
- desbloqueo somático,
- integración emocional,
- fortalecimiento del yo,
- claridad interna,
- estabilidad emergente.

Es un caso clínicamente útil para demostrar cómo TNIE reorganiza:

- emoción primaria,

- narrativa afectiva,
- sistema nervioso,
- **identidad emocional.**